

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 septembre 2012

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : M. Gutmann et Mme Moyard, assesseurs  
Greffière : Mme Pradervand

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

V. \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS,**  
Division juridique, à Lucerne, intimée.

---

**Art. 4 et 6 LPGA; 6 et 16 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1979, a travaillé en qualité de manœuvre-maçon pour l'entreprise O.\_\_\_\_\_SA. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA ou l'intimée).

Le 17 mars 2010, alors qu'il était occupé sur un chantier à [...], il a été victime d'une chute d'un échafaudage d'une hauteur de 6,2 mètres. Il se déplaçait sur l'échafaudage avec son collègue lorsqu'une planche céda sous leur poids, entraînant une chute d'abord sur l'étage inférieur, puis au sol. L'assuré n'a pas perdu connaissance. Souffrant de fractures de côtes en série, ainsi que des quatrième et cinquième métacarpiens de la main gauche, il a été hélicoptéré au Centre hospitalier S.\_\_\_\_\_ (ci-après: Centre hospitalier S.\_\_\_\_\_), où il a subi une intervention chirurgicale le 23 mars 2010 (réduction des fractures avec embrochage des métacarpiens IV et V de la main gauche). Après une hospitalisation de huit jours, il a pu regagner son domicile. Le 9 mai 2010, il est retourné au Centre hospitalier S.\_\_\_\_\_ pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. La CNA a alloué des indemnités journalières et pris en charge le traitement médical.

Les Dresses H.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, spécialistes en chirurgie plastique et reconstructive au Centre hospitalier S.\_\_\_\_\_, ont attesté une incapacité de travail totale de l'assuré jusqu'au 15 août 2010. En raison de douleurs latéro-thoraciques gauche, ainsi qu'à la main gauche, l'assuré a ensuite alterné des tentatives de reprise de son travail et de nouvelles périodes d'incapacité de travail. Ces dernières étaient attestées par les médecins du Centre hospitalier S.\_\_\_\_\_ précités, ainsi que par le médecin traitant de l'assuré, la Dresse L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale.

Dans un rapport du 23 novembre 2010, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail de 50% (diminution de rendement de 50% sur un 100%, l'assuré ne devant plus assumer que des tâches légères) pour une durée de six semaines encore, à réévaluer par la suite. La CNA a néanmoins admis la reprise du paiement des indemnités journalières à 100%, en tous les cas jusqu'au 10 janvier 2011.

V.\_\_\_\_\_ a séjourné du 12 avril 2011 au 17 mai 2011 à la Clinique D.\_\_\_\_\_ pour une évaluation pluridisciplinaire et un complément de rééducation. Dans un rapport de synthèse du 3 juin 2011, les Drs B.\_\_\_\_\_, rhumatologue, et T.\_\_\_\_\_, médecin hospitalier, ont posé le diagnostic principal de douleurs et limitation de la force de la main gauche, ainsi que celui de douleurs latéro-thoraciques gauches persistantes. Dans la rubrique «appréciation et discussion», ils ont notamment exposé ce qui suit:

«Le bilan radiologique est complété par des radiographies de la main gauche le 15.04.2011. Les fractures sont consolidées. Le 4<sup>e</sup> métacarpien est légèrement raccourci. Il n'y a pas de déminéralisation anormale.

Sur le scanner thoracique du 19.04.2011, les fractures sont consolidées. Il n'y a pas de pseudarthrose ou de cal vicieux visible.

M. V.\_\_\_\_\_ a été présenté à notre consultant psychiatre le 19 avril 2011. Il n'est pas retenu de diagnostic psychopathologique décompensé actuellement. La poursuite du traitement antidépresseur introduit paraît indiquée actuellement dans un contexte psychosocial relativement fragile chez un patient peu intégré.

M. V.\_\_\_\_\_ a été présenté à notre consultant chirurgien spécialiste de la main le 20.04.2011, sept mois après une fracture des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> métacarpiens gauches traitée par embrochage. Le bilan radiologique retrouve un léger accourcissement du 4<sup>e</sup> métacarpien. L'enroulement des doigts est complet. L'évolution est jugée favorable. Il n'y a pas d'indication à une intervention chirurgicale actuellement.»

Les Drs B.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ont dès lors estimé que l'assuré présentait une capacité de travail de 50% jusqu'au 14 juin 2011, puis de 100% ultérieurement.

A la suite du consilium psychiatrique du 19 avril 2011 tenu à la Clinique romande de réadaptation, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait les constatations suivantes (rapport du 20 avril 2011):

«A l'observation, qui s'est faite avec l'aide d'une traductrice, on est face à un homme vigile et orienté, sans troubles attentionnels ni mnésiques, ne s'exprimant qu'en portugais. Il collabore à l'investigation, cependant de manière quelque peu passive. La thymie, selon lui, n'est guère altérée; à ses dires, c'est surtout son épouse qui a sollicité son médecin traitant, peu après l'accident, pour demander une aide médicamenteuse, le trouvant irritable, dormant mal. Actuellement, il n'y a guère de signes orientant vers un trouble dépressif, ni d'éléments pour un trouble anxieux spécifique. Dans les caractéristiques de personnalité, on relèvera une attitude plutôt introvertie.»

Par courrier du 30 mai 2011, la CNA a informé V.\_\_\_\_\_ qu'elle poursuivrait le versement des indemnités journalières à 100% jusqu'au 31 mai 2011, puis à 50% jusqu'au 14 juin 2011. Elle mettrait ensuite fin à ses prestations. En pratique, la CNA a toutefois continué le paiement des indemnités journalières pour une incapacité de travail partielle postérieurement au 14 juin 2011, en vue de favoriser une «reprise thérapeutique» de son activité professionnelle par l'assuré, en collaboration avec l'employeur.

Dès le 16 août 2011, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a attesté une nouvelle période d'incapacité de travail totale de l'assuré (certificat médical du 16 août 2011).

Dans un rapport du 11 septembre 2012 [recte: 2011], le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré au [...], a retenu que l'assuré présentait une tendinite du sus-épineux gauche post-traumatique, des fractures consolidées de sept côtes du côté gauche et des cals vicieux à la suite des fractures des quatrième et cinquième métacarpiens. Dès lors, il devait en résulter une incapacité de travail qu'il convenait de déterminer.

A la suite d'un examen médical de l'assuré le 24 octobre 2011, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a établi un rapport daté du même jour. Il a constaté que V.\_\_\_\_\_

souffrait de thoracodynie résiduelle à ses fractures de côtes gauches et d'une très légère limitation fonctionnelle du cinquième doigt de la main gauche associée à des douleurs dans la région distale à la styloïde cubitale gauche aux positions extrêmes du poignet gauche. Il présentait également une baisse de force de la main gauche. De l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_, ces séquelles n'étaient pas incapacitantes et ne justifiaient aucune limitation fonctionnelle particulière dans l'activité de manœuvre sur les chantiers. Dès lors, rien ne s'opposait à ce que l'assuré reprenne de façon progressive son activité. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a en outre précisé que le bilan radiologique effectué au [...] n'apportait rien de nouveau.

**B.** Par courrier du 27 octobre 2011, la CNA a informé l'assuré qu'elle entendait mettre un terme au versement des indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011. Elle estimait, sur la base des constatations de la Clinique D.\_\_\_\_\_ et du Dr N.\_\_\_\_\_, que l'assuré présentait une capacité de travail entière dès cette date (dans l'activité habituelle).

Un nouveau certificat d'incapacité de travail a été établi le 31 octobre 2011 par la Dresse L.\_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail de l'assuré de 50% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011. La Dresse L.\_\_\_\_\_ craignait l'existence d'un trouble psychique qui l'empêcherait de reprendre son activité professionnelle (notice téléphonique de la CNA du 7 novembre 2011).

**C.** En date du 10 novembre 2011, la CNA a rendu une décision mettant un terme au versement des indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011. Elle a estimé la capacité de travail de l'assuré entière, dans l'activité de manœuvre-maçon, malgré la persistance de douleurs au thorax et à la main gauche.

L'assuré a formé opposition le 15 novembre 2011 contre la décision précitée, alléguant que ses tentatives pour reprendre le travail jusqu'alors n'avaient pas été concluantes en raison de ses douleurs. Il a requis la reprise du versement des indemnités journalières à 50%, par

exemple jusqu'au 31 décembre 2011, afin de reprendre progressivement confiance en ses capacités de travail.

Dans l'intervalle, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a considéré que la capacité de travail de l'assuré était entière dès le 15 novembre 2011, avec la mention manuscrite «mais pas de travail trop dur» (certificat médical du 14 novembre 2011).

Par décision sur opposition du 30 janvier 2012, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 10 novembre 2011. En substance, elle a retenu qu'il convenait de se référer à l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_, lequel faisait état d'une situation stabilisée sur le plan médical, à l'instar du Dr B.\_\_\_\_\_. Elle a en outre précisé que l'assuré n'amenait aucun élément médical déterminant qui permettrait de douter du bien-fondé de l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_.

**D.** Le 28 février 2012, V.\_\_\_\_\_ a interjeté un recours de droit administratif contre la décision sur opposition précitée. Il conclut en substance à son annulation en ce sens qu'il a droit à des indemnités journalières au-delà du 31 octobre 2011. Pour l'essentiel, il allègue qu'il n'a pas récupéré la totalité des facultés physiques nécessaires à son activité et qu'il a développé un sentiment d'insécurité lié au travail. Il explique, à ce titre, qu'il consulte un psychologue. Il produit en outre un certificat médical du 17 février 2012 de la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, laquelle a attesté une diminution de la force de la main gauche toujours présente.

Dans sa réponse du 11 avril 2012, l'intimée conclut au rejet du recours, reprenant les motifs exposés dans la décision litigieuse. Pour le surplus, la CNA conteste l'existence d'un trouble psychique craint par la Dresse L.\_\_\_\_\_, un tel diagnostic ayant été écarté lors du consilium psychiatrique effectué en avril 2011 à la Clinique D.\_\_\_\_\_. Elle précise en outre que, dans tous les cas, de tels troubles ne sauraient être mis sur le compte de l'accident du 17 mars 2010. Elle note aussi qu'au-delà du 14 novembre 2011, plus aucune incapacité de travail n'a été attestée par la

Dresse L.\_\_\_\_\_. Enfin, elle explique que le certificat médical de la Dresse K.\_\_\_\_\_ ne fait aucunement mention d'une incapacité de travail et que la diminution de force de la main gauche n'est pas incapacitante de l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_ et des médecins de la Clinique D.\_\_\_\_\_.

Selon courrier du Tribunal de céans du 18 avril 2012, la réponse de l'intimée a été transmise au recourant. Un délai au 9 mai 2012 lui a été imparti pour faire parvenir sa réplique. Il ne s'est toutefois pas déterminé à la suite de ce courrier.

Le 29 mai 2012, le juge en charge de l'instruction de la cause a informé les parties du fait que sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu dès que l'état du rôle le permettrait.

### **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 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). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 31 octobre 2011.

**3.** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte

dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). En vertu de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2 deuxième phrase). Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Un lien de causalité naturelle et adéquate doit exister entre l'accident assuré et cette atteinte à la santé (cf. consid. 6b ci-après).

**4.** Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées, 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et

qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee, et les références citées; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par le médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

**5.** En l'espèce, le recourant affirme que son incapacité de travail perdure au-delà du 31 octobre 2011, en raison de ses facultés physiques encore insuffisantes et de sa fragilité psychologique (s'agissant de la santé psychique du recourant, cf. consid. 6 ci-après).

S'agissant de la santé physique du recourant, le certificat médical de la Dresse L.\_\_\_\_\_ du 31 octobre 2011 ne permet pas de retenir, au plan somatique, une quelconque incapacité de travail. En effet, d'une part, la Dresse L.\_\_\_\_\_ ne motive pas les raisons de l'incapacité de travail qu'elle atteste, et d'autre part, elle a précisé avoir retenu une telle incapacité en raison d'une potentielle atteinte psychique et non physique (note téléphonique de la CNA du 7 novembre 2011). Elle a en outre attesté une pleine capacité de travail dès le 15 novembre 2011 à condition que le travail ne soit pas trop dur, selon son ajout manuscrit. Quant à la Dresse K.\_\_\_\_\_, elle n'a fait état d'aucune incapacité de travail, mais s'est limitée à mentionner une diminution de la force de la main gauche du recourant, laquelle n'est pas incapacitante selon les constatations du Dr N.\_\_\_\_\_ et des médecins de la Clinique D.\_\_\_\_\_.

Le rapport établi le 24 octobre 2011 par le Dr N.\_\_\_\_\_, qui se fonde sur un examen clinique du recourant, ainsi que sur son dossier médical, et qui prend en considération ses plaintes, est complet et détaillé. Il prend également en compte le rapport médical du Dr X.\_\_\_\_\_ au [...] du 11 septembre 2011, ainsi que le bilan radiologique effectué dans ce pays, pour établir ses constatations. Les conclusions du Dr

N.\_\_\_\_\_ sont dûment motivées. Ce médecin conclut que les séquelles du recourant à la suite de son accident, à savoir une thoracodynie résiduelle à ses fractures de côtes gauches et d'une très légère limitation fonctionnelle du cinquième doigt de la main gauche associée à des douleurs dans la région distale à la styloïde cubitale gauche aux positions extrêmes du poignet gauche et une baisse de force de la main gauche, n'entraînent aucune incapacité de travail, ni aucune limitation fonctionnelle dans l'activité habituelle. D'ailleurs, le recourant n'amène aucun élément médical permettant d'en douter. Les constats du Dr N.\_\_\_\_\_ sont en outre partagés par les médecins de la Clinique D.\_\_\_\_\_, qui relèvent, dans leur rapport du 3 juin 2011, que la capacité de travail du recourant était de 50% jusqu'au 14 juin 2011, puis de 100%. Pour ce faire, ils se sont basés notamment sur les examens médicaux pluridisciplinaires, le bilan radiologique et le scanner du thorax effectués en avril 2011.

En conséquence, il convient d'admettre que la capacité de travail du recourant est entière, d'un point de vue somatique, dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011.

**6. a)** En ce qui concerne une éventuelle atteinte à la santé psychique du recourant, la Dresse L.\_\_\_\_\_ a considéré, comme susmentionné, que le recourant présentait une incapacité de travail de 50% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011, en raison d'un éventuel trouble psychique. Toutefois, toute atteinte psychique invalidante a été écartée par la Clinique D.\_\_\_\_\_ sur la base du consilium psychiatrique du 19 avril 2011. De plus, la Dresse L.\_\_\_\_\_ n'explique pas les raisons justifiant une telle incapacité de travail et ne pose aucun diagnostic. Dès lors, l'avis médical de la Dresse L.\_\_\_\_\_ ne saurait emporter la conviction, dans la mesure où elle ne motive pas l'incapacité de travail du recourant qu'elle avance. Rappelons en outre qu'elle a considéré, dès le 15 novembre 2011, que le recourant présentait une pleine capacité de travail et qu'aucun autre avis médical au dossier ne contredit ce constat.

**b)** Indépendamment de ce qui précède, une atteinte à la santé psychique du recourant, à supposer qu'elle serait établie, n'impliquerait pas l'octroi des prestations litigieuses par l'intimée, pour les motifs suivants.

**aa)** L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. En effet, 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. 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 les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'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 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 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3; TF 8C\_858/2008 du 14 août 2009, consid. 3).

**bb)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était 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, 129 V 402 consid. 2.2 et les références; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2).

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, 115 V 403 consid. 5c/aa p. 409).

**cc)** En l'espèce, il paraît douteux qu'un lien de causalité naturel entre l'accident et les troubles psychiques allégués par le recourant puisse être admis. Quoiqu'il en soit, le lien de causalité adéquate fait défaut. L'accident dont le recourant a été victime est de gravité moyenne, selon la classification établie par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Par ailleurs, si la chute d'un échafaudage d'une hauteur de 6,2 mètres a pu subjectivement revêtir chez l'intéressé un caractère relativement impressionnant, le déroulement de l'accident n'apparaît pas, d'un point de vue objectif seul déterminant en l'espèce, comme particulièrement dramatique. Les lésions organiques subies par le recourant (fractures de côtes en série et des quatrième et cinquième métacarpiens de la main gauche) ne sauraient être qualifiées objectivement de graves et propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. L'évolution thérapeutique s'est déroulée normalement à tous les points de vue. Rien ne permet en outre de retenir qu'il y aurait eu une erreur dans le traitement médical. Le bilan radiologique effectué dans le cadre du séjour du recourant à la Clinique D. \_\_\_\_\_ a indiqué, en avril 2011, soit une année après son accident, une bonne consolidation de ses fractures. En novembre 2010, le Dr W. \_\_\_\_\_ a attesté une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 50%, puis les médecins de la Clinique D. \_\_\_\_\_ ont retenu une capacité de travail entière dès juin 2011, confirmé par le Dr N. \_\_\_\_\_ en octobre 2011. L'assuré continue à éprouver des douleurs physiques et une baisse de force de la main gauche. Toutefois, ces séquelles ne sont pas d'une gravité telle qu'elles permettraient, à elles seules, d'établir un rapport de causalité adéquate entre l'accident et d'éventuelles atteintes à la santé psychique du recourant.

Compte tenu de ce qui précède, la CNA ne serait pas tenue de prendre en charge l'affection psychique invoquée par le recourant, si elle devait exister.

**7.** En conclusion, la décision sur opposition de la CNA du 30 janvier 2012 est fondée et l'assuré ne peut prétendre la poursuite du versement d'indemnités journalières postérieurement au 31 octobre 2011. 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 30 janvier 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- V. \_\_\_\_\_,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division juridique,
- 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 :