

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 mai 2023

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Röthenbacher et M. Neu, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Zumsteg, avocat à Neuchâtel,

et

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

Art. 4, 16 ; 6 al. 1, 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation professionnelle, a été engagé le 1^{er} juillet 2013 par l'agence d'intérim L._____ SA et a été placé dès cette date en tant que manutentionnaire fumiste à plein temps auprès de l'entreprise B._____, au bénéfice d'une mission de durée indéterminée prévoyant un salaire horaire brut total de 21 fr. (indemnités vacances, 13^e salaire et jours fériés inclus) pour une durée de travail de 42,5 heures par semaine. A ce titre, il a été assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 18 novembre 2013, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Lors de la pose de tubes métalliques, il a reçu une brique sur sa main gauche, ce qui a occasionné une fracture du médius et la section des tendons. Une intervention chirurgicale a été réalisée le jour même par la Dre G._____, spécialiste en chirurgie, en vue de réduire la fracture du doigt, poser deux broches et suturer les tendons sectionnés. Un arrêt de travail a été délivré, mentionnant une durée probable de deux à trois mois. La CNA a pris en charge le cas.

Le 2 septembre 2014, la Dre G._____ a attesté qu'une reprise du travail à 50 % était possible dès le 3 septembre 2014, respectivement à 100 % dans une activité adaptée.

Dans un rapport d'examen final du 3 décembre 2014, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a noté que la force de serrage de la main gauche restait modérément réduite tandis que le signe de Tinel était moins net. Le traitement touchait manifestement à sa fin et le doigt allait encore se renforcer, de sorte que l'on s'acheminait vers une guérison sans séquelles importantes et qu'une pleine capacité de travail pouvait être reconnue dès le 1^{er} février 2015. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % pouvait être allouée.

Par décision du 19 janvier 2015, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %. Elle a par ailleurs mis fin au paiement des indemnités journalières avec effet au 1^{er} février 2015 et nié le droit à une rente de l'assurance-accidents.

Avec son opposition contre cette décision, l'assuré a produit un extrait de son dossier médical au Centre I._____, dans lequel la Dre G._____ a relaté une consultation du 12 février 2015 motivée par une « irritation aiguë du nerf lésé », le patient ressentant des douleurs similaires à des brûlures ou des décharges depuis qu'il avait aidé un ami à déménager. Elle a précisé que l'assuré était doté d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, soit « sans force ou saisie d'objets fins ou en force ».

La CNA a rejeté l'opposition le 18 mai 2015. Le recours déposé par l'assuré auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a toutefois été admis par arrêt du 2 mai 2016 (arrêt AA 66/15 - 49/2016), la décision sur opposition étant annulée et la cause renvoyée à la CNA pour complément d'instruction. Après avoir relevé que la question de l'indemnité pour atteinte à l'indemnité n'avait pas été remise en cause et excédait l'objet du litige, l'autorité de recours a constaté que la CNA avait fondé sa décision sur les seuls avis de son médecin conseil, lesquels n'étaient pas exempts de contradictions s'agissant de la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle et ne suffisaient ainsi pas à écarter les avis des médecins traitants. La CNA a dès lors été invitée à mettre en œuvre une expertise afin de clarifier la capacité de travail de l'assuré, en particulier dans son activité habituelle de manutentionnaire fumiste. Cette expertise devait au surplus permettre de s'assurer de la stabilisation de l'état de santé de l'intéressé dès le mois de février 2015.

B. Dans un rapport médical du 18 juillet 2016, le Dr H._____, chef de clinique du service d'orthopédie aux Etablissements A._____, a exposé que l'assuré se plaignait de douleurs, avec perte de force, ce qui le handicapait et l'empêchait de retrouver un travail nécessitant le port de

charges lourdes. A trois ans du traumatisme, les seules options à envisager, si le doigt gênait beaucoup, étaient une arthrodèse de l'articulation interphalangienne proximale voire une amputation, choix qui nécessitait un temps de réflexion.

Reprenant l'instruction, la CNA a mandaté le Dr T._____, spécialiste en chirurgie de la main, pour procéder à une expertise. Celui-ci s'est adjoint la collaboration du Dr Z._____, chef de clinique du service de chirurgie de la main au sein des Etablissements N._____. Les experts ont examiné l'assuré le 7 février 2017 et l'ont adressé à un ergothérapeute pour un bilan, puis ont déposé leur rapport le 4 mai 2017. Ils ont retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'état après lésion complexe du majeur gauche (S69.8). Ils ont également signalé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de myopie forte bilatérale (H44.2), lombalgies épisodiques (M54.5), probable dépression réactionnelle (F32.9) et état après tuberculose pulmonaire (A15). Le cas pouvait être considéré comme stabilisé depuis février 2015, même si divers traitements auraient permis d'améliorer la symptomatologie de la main gauche. La capacité de travail en tant que manutentionnaire fumiste était actuellement nulle en raison des douleurs, mais une réinsertion accompagnée d'un soutien psychologique devrait permettre à l'assuré de maîtriser ses douleurs et de réintégrer progressivement sa main gauche dans son schéma corporel. En outre, une reprise du travail dans une autre activité paraissait possible, quoique les chances fussent faibles compte tenu de l'âge, du manque de formation et du marché de l'emploi.

La CNA a soumis le rapport d'expertise au Dr J._____ pour avis. Celui-ci a relevé le 7 juillet 2017 que les conclusions du Dr T._____ étaient confuses s'agissant des mesures possibles pour améliorer la capacité de travail, certaines sortant du champ médical. Il en restait par conséquent à ses propres conclusions du 3 décembre 2014.

Également sollicitée par la CNA, la Dre S._____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, médecin-conseil de la CNA, a

établi une appréciation chirurgicale le 12 octobre 2017, dans laquelle elle s'est ralliée aux conclusions du Dr J. _____ de décembre 2014, en faveur d'une capacité de travail de 100 % sans perte de rendement à partir du 1^{er} février 2015. Elle a précisé que les experts avaient noté une certaine discrédance entre leurs constatations et le bilan d'ergothérapie, mais qu'ils s'étaient laissé influencer par ce bilan basé entre autres sur des facteurs contextuels sans causalité plus ou moins probable avec l'accident du 18 novembre 2013.

Par décision du 26 janvier 2018, confirmée sur opposition le 28 juin 2018, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente de l'assurance-accidents, au motif qu'il n'existait aucune diminution notable de la capacité de gain due à l'accident. En revanche, le recours déposé par l'assuré auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a été admis par arrêt du 26 novembre 2019 (AA 130/18 - 157/2019), la décision sur opposition étant annulée et la cause renvoyée à la CNA pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. La Cour a constaté que les conclusions des experts T. _____ et Z. _____, qui reposaient sur une anamnèse lacunaire, étaient trop imprécises sur la question de la capacité de travail et semblaient tenir compte de facteurs non-médicaux. En outre, divers éléments du rapport d'expertise semblaient montrer qu'il y avait eu une recrudescence des douleurs depuis 2015, ce qui aurait dû être investigué davantage. Par conséquent, la CNA devait mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire neurologique et psychiatrique.

C. La CNA a confié les mandats d'expertise aux Drs Q. _____, spécialiste en neurologie, et R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le Dr Q. _____ a examiné l'assuré le 29 octobre 2020 et a transmis à la CNA, le 13 novembre 2020, un rapport daté du 2 octobre 2020. Il a retenu une probable neuropathie des rameaux digitaux de DIII, en lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante avec l'événement du 18 novembre 2013. Relevant que l'assuré avait repris une

activité professionnelle depuis 5 ans, à taux partiel, l'expert a conclu que les limitations fonctionnelles alléguées par l'assuré n'étaient pas plausibles, s'agissant d'une atteinte purement sensitive, sans répercussions motrices et concernant un seul doigt, même s'il s'agissait de la main la plus habile chez un « gaucher contrarié ». Ainsi, la capacité de travail était entière dans l'activité de manutentionnaire fumiste, sans baisse de rendement, de même que dans d'autres activités manuelles telles que chauffeur-livreur, nettoyeur ou employé en usine. La situation pouvait être considérée comme stabilisée en février 2015 et il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité physique durable sur le plan neurologique.

Dans son rapport d'expertise du 13 novembre 2020, le Dr R._____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10). Il a noté que l'assuré présentait d'importantes plaintes de douleurs et de mal être, vraisemblablement accentuées dans le cadre de l'expertise mais non majorées. Il n'y avait pas d'incohérence ou de discordance du point de vue psychiatrique. L'épisode dépressif s'était développé progressivement dans le contexte de difficultés à reprendre une activité professionnelle après l'accident, avec plusieurs licenciements, de sorte qu'il était en relation de causalité naturelle avec l'accident du 18 novembre 2013. Certes, en l'absence de limitations du point de vue somatique dans une activité de manutentionnaire, c'était une limitation subjective qui avait été la cause des difficultés de réinsertion, ainsi qu'une acculturation très imparfaite en raison d'une maîtrise « particulièrement ardue du français ». L'assuré n'aurait cependant pas connu ces difficultés d'insertion professionnelle ni développé l'épisode dépressif sans l'accident. Il était indispensable qu'un traitement soit mis en place, au risque de chronicisation. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était entière, avec une diminution de rendement de 30 % en raison du trouble thymique.

Par courriel du 29 octobre 2020 puis dans un courrier du 30 novembre 2020 de son mandataire, Me Philippe Zumsteg, l'assuré s'est plaint du déroulement de son entrevue avec le Dr Q._____. Il a ensuite fait part de ses commentaires sur les rapports d'expertises le 26 janvier

2021 et a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité comprise entre 30 % et 60 % du gain assuré avec effet rétroactif, ainsi que d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % minimum, en se prévalant d'un rapport établi le 19 janvier 2021 par la Dre X. _____, rédigé comme suit :

« Le patient C. _____, [...], Rue [...] à toutes fins et qui apparaît après mon évaluation et les différents rapports des spécialités est handicapé de façon permanente en mobilité active et passive incluant l'appréhension et la réduction de la force qui s'accroît avec le froid ainsi que des paresthésies avec irradiation proximale des 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} doigts de la main gauche, celle-ci étant la dominante après une blessure traumatique lors d'un accident de travail le 18/11/2013.

En effet, le patient avec ce handicap a un besoin urgent et en raison du degré de travail/demande manuelle de définir sa vie car en plus de toute maladie physique et en raison de la prolongation de ce processus, son état psychologique s'est dégradé à un état dépressif avec des défauts de mémoire, labilité émotionnelle et un isolement social, ce qui nécessite une réinsertion professionnelle urgente avec un accompagnement Psychologique continu pour aggraver plus la situation.

Le handicap moteur / professionnel et psychologique sera compatible entre 60 % et 62 %. »

Invité à compléter son rapport sur la question de savoir si l'assuré avait exclu sa main gauche, en tout ou partie, de son schéma corporel, le Dr R. _____ a répondu ce qui suit le 22 février 2021 :

« Réponse : Non. Cette hypothèse est reprise du bilan d'ergothérapie de l'expertise des Drs Z. _____ et T. _____ du 4 mai 2017. Or lors de mon examen, je n'ai pas constaté d'exclusion de la main gauche que M. C. _____ utilisait normalement. D'autre part, le rapport d'expertise du Dr Q. _____ du 13 novembre 2020 mentionne clairement que M. C. _____ n'épargne nullement sa main gauche. L'exclusion totale ou partielle de la main gauche du schéma corporel impliquerait que M. C. _____ n'utilise pas sa main gauche ou du moins l'épargne de manière manifeste. Or cela n'est pas le cas lors de l'examen que j'ai effectué ni lors de l'examen du Dr Q. _____. D'autre part, M. C. _____ ne pourrait pas pratiquer l'activité professionnelle de chauffeur-livreur pour une boulangerie s'il excluait en tout ou partie sa main gauche. En conséquence je considère que M. C. _____ n'exclut pas sa main gauche de son schéma corporel et que cela n'a jamais été le cas. »

Prié encore de se déterminer sur les critiques de l'assuré relatives au complément du 22 février 2021, le Dr R. _____ a indiqué le 8 mars 2021 que la notion de schéma corporel était une notion

psychologique, non anatomique, et que seule l'observation du comportement de la personne examinée permettait de répondre à cette question. En l'occurrence, l'examen de l'assuré avait duré plus de deux heures et demie.

Par décision du 20 mai 2021, la CNA a derechef nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Elle a considéré que les séquelles organiques dues à l'accident ne l'empêchaient pas de déployer une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et de réaliser ainsi un revenu même supérieur à celui qui aurait été le sien sans l'accident. Par ailleurs, les troubles psychogènes n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 17 juin 2021, en arguant que les expertises neurologique et psychiatrique devaient être écartées, faute de valeur probante. Il reprochait à l'expert en neurologie un examen partiel et une appréciation partielle, celle-ci portant en outre sur des aspects dépassant ses compétences. Quant à l'expertise psychiatrique, elle sous-estimait l'impact de l'épisode dépressif sur la capacité de travail, à l'encontre de l'estimation des médecins traitants. Un lien de causalité adéquate de l'atteinte psychique devait être retenu, car l'assuré se voyait amputé d'une main et était ainsi empêché de travailler dans son domaine de compétence. Il s'est en outre référé aux conclusions d'un rapport médical établi le 15 juin 2021 par la Dre X._____, joint à son écriture, concluant à l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'atteinte psychique et l'accident, et attestant d'une incapacité de travail de l'ordre de 60 à 62 % dans toute activité. L'assuré a ultérieurement produit une prescription de physiothérapie ainsi que des certificats d'incapacité de travail à 50 % établis par la Dre X._____ les 5 juillet et 5 août 2021.

La CNA a rejeté l'opposition par décision sur opposition du 6 septembre 2021.

D. C._____, toujours représenté par Me Philippe Zumsteg, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 29 septembre 2021. Il a conclu principalement à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est accordée jusqu'au 1^{er} janvier 2021 puis une rente de 60 % dès cette date, subsidiairement à sa réforme par l'octroi d'une rente d'invalidité dont le taux sera déterminé sur la base d'une expertise judiciaire multidisciplinaire (neurologie, rhumatologie et psychiatrie) dont il requérait la mise en œuvre. En substance, il a fait valoir que les expertises des Drs Q._____ et R._____ n'étaient pas probantes sur la capacité de travail et qu'il fallait suivre les conclusions de ses médecins traitants. Par ailleurs, un lien de causalité naturel et adéquat entre l'accident et l'atteinte psychique devait être reconnu. Enfin, le recourant relevait que l'intimée avait omis d'allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité, laquelle devait être fixée à 30 % en application de la table d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA applicable en cas de troubles fonctionnels des membres supérieurs. Il n'a toutefois pris aucune conclusion sur ce point.

Répondant le 20 octobre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours, en rappelant qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % avait d'ores et déjà été versée à l'assuré le 19 janvier 2015.

Dans sa réplique du 14 janvier 2022, le recourant s'est référé à l'argumentation de son recours et a versé des certificats médicaux attestant d'une incapacité de travail totale du 15 novembre 2021 au 28 février 2022, ainsi qu'une ordonnance médicale valable jusqu'au 12 mars 2022.

Le recourant a ultérieurement déposé notamment les pièces suivantes :

- Un rapport établi le 28 février 2022 par la Dre V._____, spécialiste en psychiatre et psychothérapie, et la psychologue M._____, dont il ressort qu'une prise en charge psychothérapeutique a débuté le 11 janvier 2022, comprenant un suivi bifocal, psychiatrique et psychothérapeutique, ainsi qu'un traitement médicamenteux. Le patient présentait une symptomatologie dépressive justifiant une incapacité de travail de 100 % depuis le 13 janvier 2022.
- Un rapport médical des psychothérapeutes précitées du 15 juin 2022 à l'attention de l'assurance perte de gain maladie du recourant, posant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et attestant une incapacité de travail totale depuis le 13 janvier 2022.
- Les réponses du 15 novembre 2022 des mêmes psychothérapeutes à un questionnaire de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI), posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), et de trouble mixte de la personnalité (F61).

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

b) Une modification de la LAA du 25 septembre 2015 est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Selon les dispositions transitoires (al. 1), pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de cette modification et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit. Tel est le cas en l'espèce, vu la date de l'accident assuré.

3. 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. Selon l'art. 4 LPGA, 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et

les références). 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

c) 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). L'existence d'un lien de causalité adéquate constitue une question de droit (ATF 139 V 176 consid. 8.4.3 et les références citées)

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un

accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références) :

- 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.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et les références).

4. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – 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).

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGGA).

c) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. Il découle de l'art. 61 let. c LPGGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine

connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

6. a) En l'espèce, pour rendre la décision litigieuse, l'intimée s'est fondée essentiellement sur les rapports d'expertise des Drs Q._____ et R._____.

Pour prendre leurs conclusions, les experts ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause, qu'ils ont résumées au début de leurs rapports respectifs (cf. ch. 2 du rapport du Dr Q._____ et ch. 3 du rapport du Dr R._____). Ils ont chacun rencontré le recourant et procédé aux examens afférant à leur spécialité. Les deux rapports comprennent, d'une part, l'anamnèse établie par l'expert sur la base de son entretien avec le recourant, incluant son parcours de vie, ses plaintes, ses antécédents médicaux ainsi que sa journée-type et, d'autre part, les observations, les diagnostics et les réponses de l'expert aux questions figurant dans le mandat confié par l'intimée. Les conclusions des experts sont claires et étayées. Ces rapports

d'expertise remplissent ainsi l'ensemble des réquisits de la jurisprudence en la matière.

Le recourant déplore l'absence de rapport de synthèse. S'il est en effet regrettable que les experts n'aient pas établi une évaluation bidisciplinaire, il convient toutefois de relever qu'ils se sont concertés au cours d'un entretien qui s'est déroulé le 12 novembre 2020 et que le Dr R. _____ a pris connaissance du rapport du Dr Q. _____ avant de finaliser le sien (cf. ch. 1.3 du rapport du Dr Q. _____ et ch. 2 du rapport du Dr R. _____). Ainsi, cette lacune ne justifie pas en soi de dénier toute valeur probante aux expertises des Drs Q. _____ et R. _____.

b) Dans un premier moyen, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise neurologique du Dr Q. _____.

Il expose d'abord que l'expert s'est montré partial, ce qui ressortirait déjà du fait que le rapport est daté du 2 octobre 2020 alors que l'examen a eu lieu le 29 octobre 2020. Il semble en déduire que l'expert aurait rédigé son rapport à l'avance et que leur entrevue était de pure forme. Une date erronée dans l'en-tête du rapport peut toutefois relever de la simple erreur de plume. Par ailleurs, il ne saurait être reproché à un expert de préparer à l'avance son entrevue avec la personne qu'il doit expertiser en anticipant la partie de son rapport qui devra contenir le résumé des pièces mises à sa disposition par l'entité qui l'a mandaté. Le recourant voit également une prévention de l'expert dans le fait qu'il a répondu à l'ensemble des questions soumises par son avocat, y compris celles qui portaient sur son état psychique et qui étaient donc adressées à l'expert psychiatre. Il apparaît toutefois que l'expert s'est limité à donner des réponses très succinctes à des questions mêlant les deux aspects, s'agissant de sujets qui avaient déjà fait l'objet d'un développement dans les pages précédentes. On ne peut donc y voir une volonté de l'expert de sortir de sa spécialité médicale. En conséquence, faute d'être étayé par tout autre élément, en particulier d'ordre médical, allant dans le sens d'une prévention de l'expert à l'égard du recourant, ce grief doit être écarté.

Le recourant reproche ensuite à l'expert de ne pas avoir procédé lui-même aux examens nécessaires pour établir ses conclusions et de s'être fondé sur des imageries et rapports médicaux trop anciens. Pourtant, le rapport de l'expert neurologue mentionne qu'il y a eu un entretien, d'abord ouvert puis approfondi sur questions (ch. 3 du rapport du Dr Q. _____). L'entretien a été suivi d'un examen neurologique, lequel a inclus la tête et le cou, les nerfs crâniens, les membres supérieurs, l'équilibre debout et enfin les membres inférieurs (ch. 4.3 du rapport du Dr Q. _____), complété par électromyogramme (EMG) du nerf médian gauche et des nerfs digitaux, dont les résultats sont annexés au rapport. Ces examens ont bien eu lieu, puisque le recourant s'était plaint auprès de l'intimée, le jour même de son entrevue avec le Dr Q. _____, de la manière dont celui-ci l'avait examiné, en évoquant des manipulations et un test comportant des chocs électriques qui lui avaient causé des douleurs. Cela étant, le recourant n'explique pas quels examens médicaux supplémentaires l'expert aurait dû effectuer. S'agissant des imageries médicales, l'expert a mentionné les éléments dont il disposait à la suite du compte-rendu de ses observations lors de l'examen, en l'occurrence des scanners et radiographies effectuées entre décembre 2012 et juillet 2016. Le recourant ne précise pas non plus pour quel motif ces imageries seraient trop anciennes pour que l'expert puisse se faire une idée suffisante de son état de santé. Il n'apparaît en particulier pas que de nouvelles imageries auraient été prescrites par ses médecins traitants dans l'intervalle, tandis que le recourant a lui-même fait état d'une situation inchangée depuis 2015. Etant rappelé que le Dr Q. _____ a été mandaté pour se prononcer sur l'éventuelle origine neurologique de douleurs ressenties par le recourant à la main gauche et évaluer l'impact desdites douleurs sur la capacité de travail, aucun élément ne permet de considérer qu'il n'aurait pas procédé dans les règles de l'art.

Enfin, le recourant fait valoir que l'expert n'a pas tenu compte de ses plaintes douloureuses et a évalué la capacité de travail en se fondant sur des éléments sortant de son domaine d'expertise. L'expert a noté que le recourant évaluait ses douleurs à la main gauche à 7/10 en

moyenne, avec une augmentation à l'effort et un soulagement par la physiothérapie. Il a également noté que le recourant décrivait une sensation électrisante, des paresthésies et une sensation de tension dans le 3^e doigt gauche qui pouvait irradier « proximale », et précisé qu'il n'y avait pas « d'éléments francs de majoration ». Cependant, pour établir la capacité de travail, l'expert a confronté les plaintes du recourant à ses propres observations et examens portant sur la main gauche, au traitement suivi par le recourant ainsi qu'aux activités déployées par l'intéressé au quotidien, incluant les emplois qu'il a exercés depuis son accident (cf. ch. 7.2 à 7.4 du rapport du Dr Q. _____). Ainsi, contrairement à ce que soutient le recourant, l'expert neurologue a établi la capacité de travail sur le plan neurologique sans sortir de ses prérogatives. Ses observations rejoignent d'ailleurs celles figurant dans le rapport des Drs Z. _____ et T. _____ du 4 mai 2017. Ces médecins avaient en effet déjà été frappés par la bonne trophicité, la discrétion des douleurs et la mobilité proche de la norme à l'examen de la main gauche du recourant, de sorte qu'il faut admettre que la capacité de travail attestée à l'époque par ces médecins n'était pas due aux atteintes neurologiques mais à une atteinte psychique ou à des facteurs sans lien avec l'état de santé du recourant.

Il en va de même des conclusions de la Dre X. _____, dont les rapports produits par le recourant se limitent à relayer ses plaintes, sans proposer d'éléments objectifs quant aux limitations de force et de mobilité alléguées et sans expliciter le taux d'incapacité de travail retenu. En conséquence, il apparaît que les conclusions du Dr Q. _____ ne sont pas sérieusement remises en cause par des éléments médicaux objectifs, de sorte qu'une pleine valeur probante peut leur être reconnue.

c) Dans un second moyen, le recourant a également contesté la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr R. _____.

Il pointe en premier lieu les remarques de cet expert relatives à la cohérence et la plausibilité, selon lesquelles le recourant avait accentué ses plaintes mais ne les avait pas majorées. Si la formulation de

l'expert peut être qualifiée de maladroite, il n'en demeure pas moins que l'on peut aisément comprendre que l'expert a pris note d'une accentuation des plaintes dans le contexte de l'expertise, mais qu'il n'y a pas vu une exagération sortant de la norme ni d'élément justifiant de retenir le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, répertorié dans la CIM-10 sous la référence F68.0.

Pour le surplus, le recourant conteste les conclusions de l'expert psychiatre relatives à la capacité de travail. Il voit une contradiction dans le fait de retenir une capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 30 %. Tel n'est cependant pas le cas. Cette conclusion signifie que le recourant est en mesure de travailler à plein temps, correspondant à 8h30 par jour, 5 jours par semaine, mais que les tâches qu'il pourra accomplir durant ce temps de travail seront diminuées de 30 % sur le plan quantitatif. Cette diminution du rendement est mise en lien avec le trouble thymique, qui se manifeste chez le recourant par une perte de l'estime de soi, des sentiments de culpabilité et de honte, une diminution de la concentration et des troubles du sommeil (ch. 11 du rapport du Dr R._____). L'expert a par ailleurs précisé que les troubles psychiques n'empêchaient pas l'intéressé de mobiliser ses ressources ni de surmonter ses troubles (ch. 13.4 du rapport du Dr R._____). Cela étant, l'argument tiré du fait que le recourant travaille à un taux maximum de 40 à 50 %, n'est pas pertinent dès lors qu'il n'est pas d'ordre médical. Enfin, les rapports établis par la Dre V._____ et la psychologue M._____ se rapportant à une période postérieure à la décision sur opposition litigieuse, ils ne peuvent être pris en compte.

d) En définitive, il faut reconnaître une pleine valeur probante aux expertises des Drs R._____ et Q._____, si bien que l'intimée pouvait légitimement se fonder sur leurs conclusions pour rendre sa décision.

7. L'intimée a constaté que le recourant présentait, en lien de causalité naturelle avec l'accident, une atteinte neurologique qui

n'entraînait aucune incapacité de travail ni limitation fonctionnelle, ainsi qu'une atteinte d'ordre psychique qui ne limitait pas la capacité de travail mais induisait une diminution du rendement de 30 %. Elle a cependant nié le droit à une rente d'invalidité en raison de l'absence de lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte psychique.

Comme l'a rappelé le recourant, le lien de causalité adéquate n'est pas une notion médicale mais une question de nature juridique. Les conclusions de la Dre X. _____ à ce propos ne sont donc pas pertinentes. En se fondant sur la jurisprudence, l'intimée a estimé que l'événement du 18 novembre 2013 entrerait dans la catégorie inférieure des accidents de gravité moyenne, ce que le recourant ne conteste pas, à juste titre. Or, conformément à la jurisprudence en matière d'atteinte psychique additionnelle à un accident de gravité moyenne, l'admission d'un lien de causalité adéquate nécessite qu'au moins trois critères objectifs de gravité soient présents, ou qu'un critère se soit manifesté de manière particulièrement marquante. En l'occurrence, c'est en vain que le recourant plaide que les lésions physiques ont eu pour conséquence la perte totale de l'usage de la main puisqu'il n'y a pas d'impotence fonctionnelle avérée, ce que le recourant ne prétend d'ailleurs pas. Au demeurant, ni les experts, ni même les médecins traitants du recourant n'ont fait part d'une exclusion de l'utilisation de sa main par l'intéressé. Seul le majeur gauche a été touché par l'accident et cet organe a depuis retrouvé une mobilité normale. Le critère tiré de la gravité ou de la nature des lésions physiques ne saurait dès lors être retenu. Les rapports médicaux au dossier ne permettent pas non plus de retenir les critères liés au déroulement du traitement, car il n'en ressort aucune notion de durée anormalement longue, d'erreur de traitement, de complications importantes ou de difficultés apparues au cours de la guérison. Quant au degré et durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, les experts ont confirmé que la capacité de travail était entière à tout le moins dès février 2015, époque où les médecins traitants renaient déjà depuis plusieurs mois une capacité de travail entière dans une activité sans force ou saisie d'objets fins ou en force (cf. rapports de la Dre G. _____ des 2 septembre 2014 et 12 février 2015). Ce critère ne peut

donc pas non plus être retenu. Enfin, il n'a été rapporté aucune circonstance concomitante, dramatique ou particulièrement impressionnante en lien avec le déroulement de l'événement du 18 novembre 2013. Ne reste ainsi que le critère des douleurs physiques persistantes. Celles-ci étant limitées au majeur gauche, avec des élancements dans les deux doigts proximaux, il faut constater qu'elles ne se manifestent pas de manière suffisamment importante pour que ce critère suffise seul à faire admettre un lien de causalité adéquat entre l'accident et l'atteinte psychique du recourant.

C'est donc à juste titre que l'intimée n'a pas reconnu un droit aux prestations de l'assurance-accident pour l'atteinte psychique. En outre, compte tenu de l'absence d'incapacité de travail dans l'ancienne activité professionnelle du recourant induite par l'atteinte physique, aucun degré d'invalidité ne doit être retenu. Au demeurant, il y a lieu de relever que, même si l'on devait admettre une incapacité de travail dans l'ancienne activité de manutentionnaire fumiste, il faudrait retenir une capacité de travail complète dans une activité adaptée, telle qu'attestée dès septembre 2014 par la Dre G._____. La comparaison de revenu à la base de l'évaluation de l'invalidité ne lui serait donc pas plus favorable. En effet, le revenu qu'il percevait au moment de l'accident, soit 21 fr. brut de l'heure à raison de 42,5 heures par semaine, est manifestement inférieur au revenu auquel peut prétendre un homme dans des activités non qualifiées selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), à laquelle il convient de se référer lorsque l'assuré n'a pas repris une activité professionnelle mettant pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle (cf. ATF 143 V 295 consid. 2.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1). Celui-ci s'élevait à 5'312 fr. par mois pour une activité de 40 heures par semaine en 2014 (ESS 2014, TA1_skill_level, niveau de compétence 1, tous secteurs confondus ; cf. TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2), ce qui correspond à un salaire horaire brut de $[5'312 \text{ fr.} / (52 \text{ semaines} / 12 \text{ mois}) / 40 \text{ heures} =] 30 \text{ fr. } 65$.

8. A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise externe pluridisciplinaire.

Comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une telle expertise. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. A toutes fins utiles – et bien que le recourant ne prenne pas de conclusion formelle sur ce point –, on précisera que la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité a été définitivement tranchée par décision du 19 janvier 2015 (cf. arrêt du 2 mai 2016 dans la cause AA 66/15 - 49/2016, consid. 2c), de sorte qu'elle n'est pas comprise dans l'objet du litige. Au demeurant, les pièces au dossier corroborent une l'indemnité pour une atteinte de 5 % à l'intégrité, reconnue à l'époque.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (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 6 septembre 2021 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 :

- Me Philippe Zumsteg (pour C. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :