

FR_GERICHTE 605 2015 139 vom 28. September 2016

FR Kantonsgericht, 2016-09-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2015_139

FR: FR_GERICHTE 605 2015 139 du 28 septembre 2016

IT: FR_GERICHTE 605 2015 139 del 28 settembre 2016

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 17

septembre 2008, son cas a été annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI). En tant que mesure d'instruction, l'OAI a, en particulier, demandé l'avis de son Service médical régional (ci-après: SMR) et organisé un stage d'évaluation à temps plein auprès de E._____ du 2 juin 2009 au 30 août 2009. Par projet de décision du 1er avril 2010, confirmé par décision du 20 avril 2010, l'OAI a considéré que son assuré était en mesure d'exercer une activité adaptée avec un rendement à 100% et estimé son degré d'invalidité à 20%. Cette décision a fait l'objet d'un recours (605 2010 169) devant la Cour de céans qui, par arrêt du 27 juin 2012, l'a admis et renvoyé la Cause à l'OAI pour mesures d'instruction complémentaires. Suite à cet arrêt, l'OAI a diligencé une expertise pluridisciplinaire (médecine générale, orthopédie et psychiatrie) dont le mandat a été attribué au Centre F._____ par le biais de la plateforme SuisseMED@P. Dans leur rapport du 19 février 2015, relevant l'impotence quasi-compète du membre supérieur gauche, les experts du Centre F._____ ont conclu à l'existence d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité mono-manuelle droite. La procédure devant l'assurance-invalidité est encore en cours, étant mentionné que, par projet de décision du 9 octobre 2015, fixant le degré d'invalidité à 6%, l'OAI a rejeté la demande de rente. D. De son côté, le 6 janvier 2015, la CNA a considéré que les conditions de liquidation du cas étaient remplies et a mis fin au versement de l'indemnité journalière dès le 28 février 2015. Elle a continué de prendre en charge les traitements médicaux encore nécessaires. Le 17 février 2015, l'assuré a contesté cette manière de faire, affirmant que la décision de mettre fin au versement des indemnités journalières ne reposait pas sur un examen suffisant. Il a aussi considéré que la suppression totale de ses indemnités journalières n'était pas justifiée dès lors que son médecin traitant attestait d'une capacité de travail réduite à 50%.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 16 E. Par décision du 23 février 2015, la CNA a reconnu à son assuré le droit à une rente d'invalidité transitoire en raison d'une diminution de gain de 15% jusqu'à ce que l'assurance- invalidité se soit prononcée sur la question d'un éventuel reclassement professionnel. Elle a également octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI) de CHF 16'020.-, fondé sur un taux de 15%. Statuant sur opposition, par décision du 29 mai 2015, la CNA l'a rejetée et confirmé sa précédente décision. F. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Daniel Känel, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 29 juin 2015 concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité mensuelle de CHF 1'952.-, dès le 1er mars 2015, et d'une IPAI sur la base d'un taux de 40%. Subsidiairement, il conclut au

renvoi pour mesure d'instruction complémentaire. A l'appui de ses conclusions, l'assuré se plaint du fait que la CNA se soit basée sur l'avis de son médecin d'arrondissement, lequel ne tient pas compte des limitations fonctionnelles de son membre supérieur droit, de ses douleurs et de sa forte médication. Il conteste également la valeur probante de l'expertise du Centre F. _____, regrettant l'absence d'une expérimentation concrète de la capacité de travail et qualifiant les conclusions de sommaires et peu claires. A son avis, une activité mono-manuelle ne peut pas être exécutée sans le soutien de l'autre membre supérieur, ce qui n'a jamais été discuté. Il s'appuie encore sur l'avis de son médecin traitant, lequel conclut à l'existence d'une capacité de travail à hauteur de 50% dans une activité adaptée. Enfin, il allègue être gaucher et avoir perdu l'usage de son bras dominant. G. Dans ses observations du 22 septembre 2015, la CNA conclut, avec suite de frais et dépens, au rejet du recours. Elle s'appuie d'abord sur l'avis de son médecin d'arrondissement ainsi que celui des experts du Centre F. _____ pour souligner que son assuré est en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps et sans perte de rendement. A son avis, aucun élément du dossier ne permet de s'écarter de cette conclusion, en particulier, les avis du médecin traitant sont succincts et non circonstanciés. Par ailleurs, et bien que le médecin traitant n'exclut pas expressément l'usage du bras gauche en tant qu'appui, la CNA estime que même si on considérait que l'assuré n'est absolument pas en mesure d'utiliser son bras gauche, son degré d'invalidité ne s'en trouverait pas modifié. Enfin, s'agissant de l'IPAI, elle relève qu'il appartient au médecin de l'évaluer et que l'évaluation de son médecin d'arrondissement n'est pas remise en doute. H. Lors d'un second échange d'écritures, les parties campent sur leurs positions étant mentionné que le recourant reproche, en sus, à l'assureur-accidents de s'être fondé sur des renseignements médicaux obsolètes alors que son médecin traitant atteste d'une aggravation de son état. En outre, par courrier du 30 mars 2016, le recourant a informé la Cour de l'échec de sa tentative de reprise d'une activité professionnelle. Il a également fait parvenir différents certificats médicaux. Pour sa part, la CNA a indiqué qu'une rechute a été annoncée et que des mesures d'instruction sont en cours. Elle a notamment fait parvenir un rapport de D. _____, auprès de laquelle l'assuré a séjourné du 10 au 25 mai 2016. I. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 en droit 1. Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. Conformément à l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputé invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour sa part, 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 la santé physique, mentale ou psychique (art. 6 LPGA). 3. L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; 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 (art. 16 al. 2 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical

une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Ce qu'il faut entendre par "sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré" n'est pas décrit par le texte de la disposition légale. Eu égard au fait que l'assurance-accidents sociale vise, selon sa conception même, les personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), cette notion est définie notamment par la mesure de l'amélioration attendue de la capacité de travail ou celle de sa reprise, pour autant que celle-là ait été influencée par un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Cette disposition délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à une rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé. Il ne suffit donc pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.3; RAMA 2005 p. 366), ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (arrêts TF U 305/03 du 31 août 2004 et U 89/95 du 21 novembre 1995; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd., 1989, p. 274). 4. Selon 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. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. a) L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). b) En ce qui concerne le revenu d'invalide, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n° U 168 p. 97 consid. 3b). Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310). Il convient en effet d'évaluer le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Si, l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué, notamment, sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il est également possible de recourir à une enquête menée par la CNA auprès de diverses entreprises suisses et qui a permis de réunir des données salariales concrètes pour de nombreux postes de travail faisant l'objet d'une description détaillée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore

exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). d) S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75, consid. 5 p. 78 ss). 5. a) L'art. 19 al. 3 LAA prévoit que le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance- invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard. En application de cette disposition, le Conseil fédéral a édicté l'art. 30 OLAA. Selon son al. 1, lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI (let. a), avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b) ou avec la fixation de la rente définitive (let. c). b) Il s'agit d'une rente transitoire destinée à permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'assurance-invalidité, de verser néanmoins une rente d'invalidité sans attendre ce résultat.

C'est donc une prestation temporaire, fixée provisoirement, et qui doit être allouée aussi bien pendant le déroulement des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité que pendant la période qui va de la fin du traitement médical jusqu'au moment où la décision est prise quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, cas échéant à la mise en œuvre de celles-ci (arrêts TF U 331/04 du 31 octobre 2005 consid. 2.2 et ATF 139 V 514 consid. 2.3). Cette rente allouée à titre transitoire et jusqu'au moment où, à l'issue des mesures de réadaptation, il sera possible de fixer de façon certaine le degré d'invalidité de l'assuré, ne doit pas être confondue avec la rente allouée à titre temporaire, sur la base d'une appréciation anticipée de l'invalidité en fonction de l'accoutumance prévisible de l'assuré aux séquelles de l'accident (ATF 116 V 246 consid. 2b). c) Selon la jurisprudence, une rente fondée sur l'art. 30 OLAA doit être fixée d'après la méthode de comparaison des revenus, l'évaluation intervenant dans ce cas avant l'exécution éventuelle de mesures de réadaptation. Seule entre en considération, à cette date, l'activité qui peut raisonnablement être exigée de la part d'un assuré non encore réadapté, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (ATF 116 V 246 consid. 2c). 6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). a) Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants,

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au

sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). La jurisprudence a néanmoins souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). c) Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 7. Est tout d'abord litigieuse la stabilisation de l'état de santé du recourant qui conditionne la fin de son droit aux indemnités journalières à compter du 28 février 2015 contestée par lui.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 a) Contrairement à ce que semble soutenir le recourant dans ses écrits, le versement des indemnités journalières ne dépend pas de l'état de l'instruction d'un dossier. Elles sont versées en l'absence d'une pleine capacité de travail et, de ce fait, prennent notamment fin lorsque celle-ci a été recouvrée ou qu'une rente doit être allouée (art. 16 al. 1 et 2 LAA; arrêt TF U 341/06 du 7 septembre 2007 consid. 4). Il suffit dès lors qu'il soit vraisemblable qu'une de ces conditions soit remplie pour que la CNA puisse mettre fin aux indemnités journalières. Or, le recourant ne remet aujourd'hui plus en cause que les conditions de la fin du droit aux indemnités journalières sont remplies, en particulier celle de la stabilisation de son état de santé et de son droit à la rente d'invalidité. Au contraire, au stade du recours, il semble avoir renoncé, à contester la fin de l'octroi des indemnités journalières dès lors qu'il exige principalement l'octroi d'une rente dès le 1er mars 2015. Il admet ainsi que son état de santé s'est stabilisé de façon à donner droit à une rente, excluant de facto le droit à des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au sens de l'art. 10 LAA. b) Quoi qu'il en soit, aucun élément n'était la thèse qu'il présentait en février 2015. Alors même qu'aucune opération n'a été pratiquée depuis 2007 et que le traitement médical n'a qu'une finalité antalgique depuis plusieurs années (physiothérapie, traitement des reflux et antidouleurs), aucun avis médical ne met en évidence que l'état de santé ne se serait pas stabilisé depuis le 28 février 2015 et jusqu'à la décision ici litigieuse. Par exemple – et contrairement aux affirmations quelque peu péremptoires du recourant – son médecin traitant, le Dr H. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, ne fait pas état d'une quelconque aggravation ou non stabilisation de l'état de santé. Au contraire, ce médecin mentionnait en juillet 2010 déjà que le cas était stabilisé sur le plan médical (dossier CNA, pièce 152). Ses rapports médicaux ultérieurs ne vont pas particulièrement évoluer, le médecin mentionnant des diagnostics inchangés d'"algoneurodystrophie" et de "status post fracture intra-articulaire" ainsi qu'une

capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité épargnant totalement le membre supérieur gauche, y compris en tant que soutien (dossier CNA, pièces 176, 180, 258, 316, 377 et 404; bordereau recours, pièces 8 et 9). Enfin, on doit relever que si quelques traitements ont été envisagés en 2013, notamment par les médecins d'arrondissement ou le Dr H. _____, ceux-ci n'ont finalement pas été réalisés avis pris auprès de spécialistes. Ces derniers estimaient que les traitements envisagés, voir même testés, seraient sans efficacité autre que marginale (cf. dossier CNA, pièces 178, 182, 184, 187, 203, 221, 228, 259, 309, 316 et 323). Partant, aucun élément au dossier ne permet de considérer qu'un traitement médical puisse permettre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré.

c) C'est dès lors à juste titre que l'autorité intimée a considéré que l'état de santé de son assuré s'était stabilisé ce qui justifiait la fin de l'octroi d'indemnités journalières ainsi que l'examen de son droit à une rente et à une IPAI. 8. Dans le cadre de l'examen du droit à la rente, est ensuite litigieuse la question de la capacité de travail de l'assuré ainsi que le taux d'invalidité qui en découle. A cet égard, la problématique médicale ne doit être examinée que sous un angle somatique. En effet, l'ensemble du corps médical – en particulier tous les psychiatres ayant examiné l'assuré – souligne l'absence de toute participation psychiatrique à la symptomatologie (cf. dossier CNA, pièces 272, 315, 334 et 393).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 Le recourant ne prétend par ailleurs pas que son état de santé soit influencé par une problématique psychique de sorte que cette question ne fait pas débat. A côté de cela, la Cour constate que de nombreuses pièces établies postérieurement à la décision litigieuse ont été produites au cours de la présente procédure. Il s'agit en particuliers des pièces 405 à 462 produites par la CNA, de documents liés à un séjour auprès de D. _____ en 2016, des pièces relatives à une tentative de reprise d'activité en 2016, des divers certificats médicaux attestant d'une incapacité totale de travail durant l'année 2016, ainsi que des courriers de la CNA des 12 et 14 juillet 2016. Dans la mesure où ils concernent des états de fait postérieurs à la décision contestée, les constats y figurant n'ont pas à être pris en compte dans la présente procédure. Seuls seront retenus les faits qui concernent la période litigieuse.

a) Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a diligenté une expertise auprès du Dr I. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, du Dr J. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et du Dr K. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, tous experts auprès du Centre F. _____. Dans leur rapport d'expertise du 19 février 2015, les experts diagnostiquent une fracture du poignet gauche suivie d'une algoneurodystrophie. Dans cette optique, les experts estiment que leur patient ne peut plus "guère utiliser de façon efficace son membre supérieur gauche", ce qui l'empêche d'exercer son ancienne activité d'ouvrier de la construction. Par contre, dans une activité mono-manuelle droite, les experts estiment que la capacité de travail est entière, sans perte de rendement (dossier CNA, pièce 393). Ce rapport a été établi d'abord sur la base du dossier de l'OAI, lequel regroupe tant les avis des médecins de l'assuré que ceux du SMR et des médecins d'arrondissement de la CNA. De cette manière, les médecins avaient pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical, professionnel, social et familial. En présence d'un traducteur indépendant, les experts ont également procédé séparément à l'examen de l'assuré, en particulier sur les plans orthopédiques et psychiques. Lors de ces entretiens, l'assuré a pu émettre ses plaintes, notamment en relation avec l'échec des différents traitements qu'il a reçu jusqu'à ce jour ou avec l'intensité de ses douleurs chroniques, causées même par un simple mouvement pendulaire du bras gauche. Enfin, les experts discutent des principales conclusions figurant

dans les différentes pièces du dossier. Lorsque c'est nécessaire, ils expliquent les motifs de s'en écarter et motivent de manière détaillée leurs propres conclusions. Ainsi, ils relèvent que presque tout le monde s'accorde sur le fait que seule une activité mono-manuelle gauche est exigible, le membre supérieur gauche étant pratiquement inutilisable. Toutefois, soulignant qu'aucune autre morbidité n'affecte l'assuré, une activité mono-manuelle droite est exigible, qui plus est alors que l'assuré est droitier. Pour ces motifs, l'expertise du Centre F._____ doit se voir reconnaître une force probante pleine et entière. En outre, dans la mesure où il s'agit d'un pur cas commun – l'accident étant de manière indiscutée seul à jouer un rôle dans la problématique actuelle du recourant – les conclusions des experts mandatés par l'OAI peuvent sans autre être reprises dans la présente procédure. b) L'avis des experts du Centre F._____ est confirmé par d'autres pièces du dossier. Ainsi, l'ensemble des membres du corps médical s'accordent sur le diagnostic émis par les experts du Centre F._____. La Cour de céans l'avait déjà mis en exergue dans son arrêt de 2012, soulignant que tous les médecins s'accordaient à reconnaître au recourant une

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 algoneurodystrophie (cf. arrêt TC 605 2010 169 du 27 juin 2012 consid. 3a). A la lecture des documents médicaux postérieurs, cela n'a pas changé. S'agissant ensuite de la question de la capacité de travail, dans son rapport du 6 mars 2014, le Dr L._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, médecin d'arrondissement de la CNA, admet que l'assuré n'est plus capable d'effectuer son ancienne profession. Par contre, la capacité de travail est entière, sans perte de rendement, dans une activité adaptée, en substance quasi-exclusivement réalisée par le membre supérieur droit, membre dominant. Dite activité doit éviter au poignet gauche, tout à-coup ou vibration, tout port de charge supérieur à 1 kg ainsi que toute activité monotone et répétitive qui mettrait ce poignet en position de contrainte (dossier CNA, pièce 334). Les conclusions du médecin d'arrondissement vont entièrement dans les sens des conclusions des experts du Centre F._____, soit qu'en raison d'une impotence presque complète du membre supérieur gauche, l'assuré n'est qu'en mesure d'exercer une activité mono-manuelle droite. Celle-ci peut toutefois être exercée à plein temps et avec un plein rendement. Pour établir son rapport, le médecin s'est d'abord fondé sur le dossier de la CNA, en particulier les rapports des médecins traitants de l'assuré ainsi que ceux des autres médecins d'arrondissement l'ayant précédé. A relever qu'en tant que médecin d'arrondissement, il avait déjà eu l'occasion de se prononcer sur le dossier, en particulier lors d'un examen (cf. dossier CNA, pièces 283, 286, 308 et 309) et possédait, dès lors, une connaissance du cas sur la durée sans, pour autant, que son avis ne soit influencé par le lien de confiance inhérent au mandat thérapeutique. Lors de l'entretien avec l'assuré, celui-ci a été en mesure d'exprimer ses plaintes, notamment en relation avec l'importance et l'évolution de ses douleurs. Pour sa part, le médecin a procédé à des examens complets, en présence d'une interprète. Partant, le rapport du médecin d'arrondissement se fonde sur des examens complets et a été établi en pleine connaissance du contexte médical. Enfin, il motive de manière détaillée ses conclusions, notamment les motifs l'ayant mené considérer la capacité de travail comme complète en désaccord avec le médecin de l'assuré. Quand bien même il s'agit d'avis médicaux anciens (jusqu'en 2010), et à ce titre sujets à caution, on peut relever que les conclusions du médecin d'arrondissement étaient partagées par son prédécesseur, le Dr M._____, spécialiste FMH en médecine interne générale (dossier CNA, pièce 110 et 111), et le Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, du SMR (dossier CNA, pièce 50). c) On ne peut pas déduire autre chose des rapports des médecins consultés par le recourant. Le Dr O._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et

traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, n'a en effet été consulté qu'à des fins de conseil sur la mise en place d'un traitement (dossier CNA, pièces 316 et 323). Le Dr P._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, a été consulté pour les mêmes motifs, en particuliers sur l'opportunité de réaliser des infiltrations et de mettre en place un stimulateur médullaire. Il n'a examiné la capacité de travail de son patient que sous l'angle de son ancienne activité (dossier CNA, pièce 178, 182, 211, 233 et 259). Le Dr Q._____, spécialiste FMH en neurologie, a, pour sa part, été interrogé à des fins de diagnostics (dossier CNA, pièce 240). Les médecins de D._____ n'évoquent que l'obligation probable de l'assuré à changer d'activité (dossier CNA, pièce 39). Enfin, la Cour a d'ores et déjà indiqué que les conclusions du stage effectué à E._____ en 2009 ne peuvent permettre une appréciation objective et suffisante de l'exigibilité au travail du recourant. Il convient à cet égard de rappeler que, selon la jurisprudence, les données médicales

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 l'emportent sur les constatations faites lors d'un stage d'observation professionnelle et, d'autant plus, sur celles faites lors d'un stage d'évaluation professionnelle auquel aucun médecin ne participe. d) Au final, seul le Dr H._____ présente un avis qui diffère de l'avis des experts du Centre F._____ et du Dr L._____. S'il admet que seule une activité épargnant la main gauche peut être envisagée, il estime que dans une telle activité son patient possède une capacité de travail restreinte à 50%. Il explicite les motifs l'ayant conduit à cette conclusion dans un rapport du 17 février 2015. Selon lui, dans une activité "épargnant" le bras gauche – celui-ci étant utilisé comme soutien – son patient souffrirait de douleurs irradiants à l'épaule, aux cervicales et aux pectoraux. A son avis, les limitations dont souffre son patient sont causées par ces douleurs persistantes, les effets secondaires des traitements antalgiques et les traitements de physiothérapie. Pour sa part, le taux de 50% retenu est expliqué par le fait que "la période la plus propice pour travailler est le matin, jusqu'à 13 heures voir 14 heures de l'après-midi (c'est-à-dire durant 4 à 5 heures consécutives), car les douleurs sont moindres le matin" (dossier CNA, pièce 377). Cet avis, pourtant dûment motivé, ne convainc pas la Cour. En effet, aucun élément ne permet de considérer que les experts du Centre F._____ et le Dr L._____ n'aient pas pris en compte dans leur évaluation de la capacité de travail des facteurs tels que la médication et les douleurs irradiant du membre supérieur droit. Ces médecins font au contraire expressément référence à la médication prise et aux douleurs alléguées. Il ne s'agit dès lors que d'une appréciation différente d'un même état de faits. Or, non seulement cette appréciation se distancie des autres conclusions relatives à la capacité de travail (cf. arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008 consid. 3), mais elle est également contradictoire. Par exemple, alors même que le médecin affirme que la capacité de travail dans une activité "adaptée" – bien que ce mot ne soit pas défini dans ce rapport – est réduite à 50%, il admet que "les capacités de [son patient] restent intactes en terme d'utilisation de la main droite et au niveau intellectuel" (cf. rapport du 22 juin 2015, bordereau recours, pièce 9). A cet égard, l'appréciation du médecin traitant semble influencée par les dires de son patient dans une mesure non négligeable, en particulier ceux ayant trait à ses douleurs. Or, plusieurs pièces du dossier font état de sa tendance à l'exagération, voire son côté théâtral (dossier CNA, pièces 309, 323 et 393). C'est dès lors avec une certaine réserve qu'il convient d'apprécier ce rapport médical. Par ailleurs, de jurisprudence constante, il faut tenir compte du fait que les médecins traitants, sous le couvert d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Enfin, comme indiqué ci-avant (consid. 8b), on ne peut retenir de l'avis du Dr H._____ la présence d'une quelconque aggravation de l'état de santé de son patient, à tout le moins depuis les examens effectués par les experts du Centre F._____ et le Dr L._____. Quoi qu'il en soit, une appréciation différente d'un même état de fait ne met en évidence aucune aggravation ou nouvelle atteinte à la santé de l'intéressé. e) Il ressort de tout ce qui précède que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité d'ouvrier dans la construction. Par contre, il possède une capacité de travail entière, sans perte de rendement, dans une activité mono-manuelle droite, laquelle est sa main dominante.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 Sur ce dernier point, la Cour relève que le recourant n'a jamais indiqué être gaucher si ce n'est dans le cadre de son mémoire de recours. Au contraire, il ressort de l'ensemble du dossier que sa main dominante est la main droite (cf. not. dossier CNA, pièces 21, 39, 47, 101, 334, 393). C'est les avis médicaux et non les seules affirmations du recours qui doivent être retenues. 9. Compte tenu de ce qui précède, il convient d'évaluer le degré d'invalidité du recourant, ce qui implique de procéder enfin à la comparaison des revenus de valide et d'invalides. a) La Cour relève que le recourant ne conteste pas le montant du revenu de valide de CHF 59'790.- retenu par l'autorité intimée. Elle se fonde sur les revenus tels qu'attestés par l'ancien employeur du recourant, indexés pour l'année 2012 (cf. dossier CNA, pièce 374). Dans la mesure où le droit à la rente débute à la stabilisation de l'état de santé, il convient de prendre les chiffres pour l'année 2015. Compte tenu de l'indexation (OFS, tableau T39 Evolution des salaires nominaux), le salaire de valide doit dès lors être fixé à CHF 60'690.-. b) S'il ne conteste pas le revenu de valide retenu par l'autorité intimée, le recourant remet en cause le choix de l'activité d'invalides et le montant retenu à ce titre. A cet égard, il affirme en substance qu'il n'existe pas d'activité strictement mono-manuelle, soit sans usage de l'autre membre supérieur, même à titre de soutien. Il est indéniable que les limitations dont il souffre ne sont pas négligeables. Toutefois, cette question a d'ores et déjà été tranchée par le Tribunal fédéral. Il considère que le marché du travail équilibré comporte des postes dans des activités mono-manuelles, même si elles doivent encore permettre le port de charges légères. A titre d'exemple, il mentionne des activités de surveillance, de vérification et de contrôle simple ainsi que des activités service et de surveillance de machines ou d'unités de production (semi-)automatiques (cf. arrêts TF 8C_100/2012 du 29 mars 2012 consid. 3.4, 8C_635/2007 du 27 août 2008 consid. 4.2). A fortiori, comme c'est le cas en l'espèce, on doit considérer que tel est également le cas des activités mono-manuelles qui ne sont pas limitées à un port de charge légères. Dans ces circonstances, le revenu d'invalides doit être fondé sur le gain mensuel déterminant dans le secteur privé, toutes activités confondues, selon les statistiques de l'ESS 2012 (TA1_skill level, totaux, tâches physiques ou manuelles simples, hommes). Fonder l'évaluation du revenu d'invalides sur l'ESS 2012 est conforme à la jurisprudence fédérale en la matière (arrêts TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1; 9C_632/2015 du 4 avril 2016 consid. 2.5.8.2). Cette manière de faire permet de tenir compte du large éventail d'activités simples et répétitives, sans formation nécessaire, que recouvrent les données ressortant de l'ESS. Le montant statistique de CHF 5'210.- doit être indexé pour l'année 2015 (OFS, tableau T39 Evolution des salaires nominaux), ce qui aboutit à un montant de CHF 5'288.50. Dès lors que ce montant est fondé sur une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle en 2015 est de 41,7 heures, le revenu mensuel à prendre en considération est de CHF 5'513.25, soit 66'159.15 annuellement. En l'espèce, il convient de tenir encore compte du fait que seules des activités mono-manuelles sont exigibles, que le recourant est titulaire d'une autorisation de séjour et qu'il n'a qu'une

maîtrise limitée du français. Pour ces motifs, il se justifie de tenir compte d'une réduction de salaire d'invalidé au titre de désavantage salarial de 15%. Cela correspondrait à un salaire d'invalidé d'un montant de CHF 56'235.25 pour l'année 2015.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 Partant, en se fondant sur des descriptions de postes de travail (ci-après: DPT) et en retenant un salaire d'invalidé de CHF 50'892.- pour l'année 2012, la CNA a procédé d'une manière favorable à son assuré. Dans la mesure où cela l'avantage dans l'évaluation de son degré d'invalidité, la Cour se rattache à ce montant. Compte tenu de l'indexation pour l'année 2015, le salaire d'invalidé est fixé à CHF 51'658.25. c) Il découle de la comparaison du revenu de valide (CHF 60'690.-) avec celui d'invalidé (CHF 51'658.25) une perte de gain de CHF 9'031.75, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 14.88%, soit 15%. 10. Est enfin encore litigieux le point de savoir si le recourant peut prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux supérieur à 15%. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI) a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt TF 8C_459/2008 du 4 février 2009; voir également FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., 2007, no 229). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415, U 134/03, consid. 5.2; RAMA 2000 p. 41, U 360/98, consid. 1). Ce n'est qu'en cas d'affections à la colonne vertébrale que le taux de l'atteinte à l'intégrité dépend de l'intensité des douleurs ressenties par l'assuré (cf. arrêt TF 8C_389/2009 du 7 avril 2010 consid. 5.3). Il incombe par conséquent aux médecins de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit, no 235; arrêt TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009). Par ailleurs, aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b). c) L'IPAI se fixe en même temps que la rente d'invalidité ou, lorsqu'il n'existe aucun droit à une rente, à la fin du traitement médical. L'art. 24 al. 2 LAA prescrit non seulement quand

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 l'assureur-accidents doit rendre une décision sur une IPAI, mais fixe également le moment déterminant pour examiner les conditions matérielles d'octroi d'une telle indemnité. Dès lors que l'IPAI sert de compensation à un dommage de durée, un droit à son octroi ne peut être jugé que lorsque l'état de santé de l'assuré a été stabilisé et qu'aucune amélioration ne peut être attendue par des mesures médicales. Si le point de départ du droit matériel relatif à une IPAI dépend d'un éventuel droit à la rente, il est logique qu'il faille statuer dans un premier temps sur un droit à la rente (arrêt TF 8C_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 4.2 et les références). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). Usant de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté de telles prescriptions, notamment à l'art. 36 OLAA. Selon l'art. 36 al. 2 OLAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Celle-ci comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Selon l'annexe 3 OLAA, le taux maximal pour une "perte d'une jambe au niveau du genou" est de 40%. Dans ce cadre, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Ces tables, qui ne constituent pas des règles de droit mais de simples indications ne liant pas le juge, sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009; ATF 124 V 209 consid. 4a/cc, 116 V 156 consid. 3a; RAMA 1998 p. 235, U 245/96 consid. 2a). 11. Comme établi ci-avant, l'état de santé de l'assuré doit être considéré comme stabilisé à partir de mars 2015. Le taux d'IPAI doit donc être déterminé à ce moment-là, compte tenu d'éventuelles aggravations prévisibles. a) L'assuré soutient qu'"il faut retenir [qu'il] a perdu l'usage de sa main gauche (main dominante)". Cette affirmation n'est pas crédible comme démontré plus haut. Le recourant se prévaut ensuite de la "table n° 3 de la SUVA", laquelle a trait à une "atteinte à l'intégrité résultant de la perte d'un ou plusieurs segments des membres supérieurs". Certes, d'avis d'expert, les répercussions de l'accident ont causé de graves atteintes à son membre supérieur gauche. Toutefois, cela ne saurait pour autant être assimilé à la perte totale d'un membre. Quoi qu'il en soit, cette simple affirmation du recourant ne saurait pallier à l'évaluation en bonne et due forme de l'atteinte à l'intégrité par un membre du corps médical (cf. arrêt TF 8C_761/2012 du 29 juillet 2013 consid. 4.3). Or, même expressément interrogé sur le degré d'IPAI retenu par la CNA, le Dr H. _____ n'examine pas cette problématique (bordereau recours, pièce 9). b) Pour sa part, afin d'établir le degré d'IPAI, la CNA se fonde sur un rapport de son médecin d'arrondissement, le Dr L. _____, daté du 7 mars 2014. Faisant référence à la table 1 des barèmes de la CNA (Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 supérieurs), le médecin considère que l'absence totale de mobilité au poignet gauche ainsi que des douleurs majeures qui y sont liées doit être assimilée à un "arthrodèse radio-carpienne" (dossier CNA, pièce 335). Une "arthrodèse

radio-carpienne" correspond à un blocage définitif de l'articulation du poignet. Force est de constater que l'évaluation faite par le Dr L. _____ du degré d'IPAI est insuffisamment motivée pour être convaincante. Certes, l'assuré ne présente pas de mobilité au poignet. Toutefois, de l'aveu même du médecin d'arrondissement, l'atteinte apparaît être plus large. Ainsi, lorsqu'il examine la question de la capacité de travail, il indique l'existence d'une "atteinte du poignet et de la main G, côté non dominant" (dossier CNA, pièce 334). Les experts du Centre F. _____ font également état d'une problématique plus large, mentionnant une "impotence quasi-complète de son membre supérieur gauche" (cf. dossier CNA, pièce 393). Il apparaît dès lors que la prise en compte d'un seul poignet bloqué semble sous-évaluer l'atteinte d'espèce. A tout le moins, la prise en compte des atteintes au poignet gauche seules – à l'exclusion des autres atteintes alléguées voire médicalement attestées au membre supérieur droit – aurait dû faire l'objet d'une motivation idoine par le médecin d'arrondissement. En l'absence de dite motivation et en présence de contradictions, le rapport du Dr L. _____ du 7 mars 2014 ne peut pas se voir reconnaître une quelconque valeur probante. c) Partant, le degré d'IPAI de 15% retenu par la CNA ne peut pas être confirmé par la Cour. En l'absence d'avis convaincant figurant au dossier et dans la mesure où cette évaluation appartient au médecin, la Cour ne peut statuer en la matière. Il n'apparaît pas essentiel que cette lacune d'instruction soit comblée par le biais d'une expertise judiciaire. Seul un complément de rapport médical doit être requis auprès du médecin d'arrondissement et/ou des médecins de l'assuré. 12. Il ressort de ce qui précède que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité mais que sa capacité de travail dans une activité strictement mono-manuelle demeure entière. De ses limitations fonctionnelles, l'assuré peut se voir reconnaître un degré d'invalidité de 15%, lui donnant droit à une rente d'invalidité au même taux. En l'état du dossier, la Cour ne peut en revanche pas statuer s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours doit être partiellement admis et la décision sur opposition du 29 mai 2015 annulée lorsqu'elle octroie au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 16'020.-. Elle est confirmée pour le surplus. La procédure étant gratuite en matière d'assurance-accidents, il ne reste plus qu'à statuer sur les dépens. Ayant obtenu très partiellement gain de cause, le recourant a droit à des dépens réduits (cf. art. 61 let. g LPGA et 138 al. 2 CPJA). Compte tenu de la difficulté et de l'importance relatives du litige, il se justifie de fixer ex aequo et bono l'indemnité de partie à laquelle le recourant pourrait prétendre pour ses frais de défense à un montant de CHF 500.-, plus CHF 40.- au titre de la TVA à 8%, soit à hauteur d'un montant total de CHF 540.-. Ce montant est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête: I. Le recours est partiellement admis. Partant, dans la mesure où elle octroie au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 15%, la décision sur opposition du 29 mai 2015 est annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants; le recours est rejeté et la décision sur opposition du 29 mai 2015 confirmée pour le surplus. II. Il est alloué au recourant une indemnité de partie de CHF 500.-, débours compris, plus CHF 40.- au titre de la TVA, soit à hauteur d'un montant total de CHF 540.-, mis à la charge de l'autorité intimée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les

motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 28 septembre 2016/pte Président Greffier

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.