

# FR\_GERICHTE 605 2016 142 vom 24. Januar 2018

FR Kantonsgericht, 2018-01-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2016\\_142](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_142)

FR: FR\_GERICHTE 605 2016 142 du 24 janvier 2018

IT: FR\_GERICHTE 605 2016 142 del 24 gennaio 2018

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

### E. 2

a) En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), si la présente 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 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, 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 entraîne la mort. b) Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA), le droit à l'indemnité journalière (art. 16 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA) et le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA).

### E. 2.1

et 2.1.1; 130 V 352 consid. 2.2.5), une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que des troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner. Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs de l'assuré qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Le Tribunal fédéral a ainsi retenu que des éclaircissements de la part d'un médecin psychiatre n'étaient pas nécessaires lorsqu'il n'existait aucun indice que l'assuré présentât une problématique psychique invalidante (arrêts TF 9C\_699/2011 du 21 mai 2012 consid. 4.2 et 4.3; I 761/01 du 18 octobre 2002, in: SVR 2003 IV n° 11 p. 31). c) On rappellera que le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du devoir d'administrer les preuves nécessaires (art. 61 let. c LPGA) ou plus généralement une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général: ATF

131 I 153 consid. 3; 130 II 425 consid. 2).

### E. 3

a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il n'est en revanche pas nécessaire 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 ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (arrêt TF 8C\_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3 et les références citées; ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 4.3).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 20 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ibidem). La seule possibilité que l'accident soit en lien de causalité ne suffit pas pour fonder le droit aux prestations (RAMA 1997 p. 167 consid. 1a; ATF 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées). En particulier, le principe « après l'accident, donc à cause de l'accident » (« post hoc, ergo propter hoc ») ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb). b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références citées). Lorsque des symptômes consécutifs à un accident ne sont pas objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (arrêt TF 8C\_445/2013 du 27 mars 2014 consid. 4.3.1; ATF 134 V 109 consid. 10; 117 V 359 consid. 6 et 369 consid. 4; 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5). En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel ou d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique. Dans le premier cas - lorsque l'assuré a vécu un événement traumatisant sans subir d'atteinte physique ou que l'atteinte physique est mineure et ne joue qu'un rôle très secondaire par rapport au stress psychique subi -, l'examen de la causalité adéquate s'effectue conformément à la règle générale du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie (ATF 129 V 177 consid. 4.2). Dans le second cas - en présence de troubles psychiques consécutifs à un accident qui a également

provoqué un trouble somatique -, la causalité adéquate entre les troubles persistants et l'accident assuré peut être examinée dès le moment où il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé somatique de l'assuré (arrêt TF 8C\_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.2; cf. ATF 134 V 109 consid. 6.1). 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. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 20 En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 403 consid. 5c/aa): - 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. Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (arrêt TF 8C\_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.3; ATF 115 V 133 consid. 6 c/bb; 403 consid. 5 c/bb). c) Comme rappelé ci-avant, la responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (arrêt TF U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3). Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi, c'est-à-dire lorsque l'état de santé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par la suite d'un développement ordinaire. De telles lésions sont assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie (cf. arrêts TF 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2; 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

#### E. 4

a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité, au sens de l'art. 7 al. 1 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et les références citées). b) Selon cette dernière jurisprudence ATF 141 V 281 – applicable à l'assurance-accidents (ATF 141 V 574 consid. 5.2; arrêt TF 8C\_246/2016 du 26 septembre 2016 consid. 3.2) –, la

Tribunal cantonal TC Page 6 de 20 reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de « trouble somatoforme » présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. c) Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit

reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V

Tribunal cantonal TC Page 7 de 20 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1).

## **E. 5**

a) 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. L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que le droit à une rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation d'un 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. b) 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 à 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 équilibré. Pour la comparaison des revenus, 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). 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 de données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après: l'OFS). Il est également possible de recourir à une enquête menée par la SUVA auprès de diverses entreprises suisses et qui permet de réunir des données salariales pour de nombreux postes de travail faisant l'objet d'une description détaillée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La détermination du revenu d'invalide sur la base de ces fiches – appelées DPT – suppose en sus de la production d'au moins cinq d'entre elles, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Si la SUVA n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on

ne peut pas se référer aux DPT. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié, ni admissible. Lorsque l'assuré n'exerce plus d'activité lucrative, une stricte comparaison des revenus est impossible. Dans ce cas, le degré d'invalidité doit être déterminé à partir de données médicales et selon la méthode générale de comparaison des revenus, par simple mise en parallèle approximative et sommaire de deux revenus hypothétiques. 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).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 20 L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident.

## **E. 6**

En vertu de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré a en outre droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si, par suite de l'accident, il souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique. 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 [RS 832.202; OLAA]). Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique (cf. MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (arrêt TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009; cf. également FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2ème éd., 2007, no 235; arrêt TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009). 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 des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité, 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. L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb, 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité 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). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un

taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (art. 36 al. 3 OLAA; ATF 116 V 156 consid. 3b).

#### **E. 7**

a) En matière d'appréciation des preuves, 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. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est

Tribunal cantonal TC Page 9 de 20 établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (arrêt TF 8C\_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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. S'agissant du médecin traitant, il faut tenir compte du fait d'expérience qu'il est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). b) Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid.

#### **E. 8**

Dans le cadre de l'examen du droit à la rente, est particulièrement litigieuse la capacité de travail. a) Il s'agit dès lors de se référer au dossier médical, composé des pièces suivantes: - Les protocoles opératoires du 5 octobre 2009 et 6 mai 2010 ainsi que les rapports médicaux des 2, 25 novembre 2009, 14 janvier et 7 juillet 2010 du Dr E. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en

Tribunal cantonal TC Page 10 de 20 chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de F. \_\_\_\_\_, qui a effectué une cyphoplastie L1 et une fixation par longueur D12-L2 percutanée (dossier SUVA pces n° 39, 111; dossier AI pces p. 1220 à 1224). - Les rapports médicaux des 26 juillet et 29 octobre 2010 de feu le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine générale, qui a retenu, outre les diagnostics connus, des

troubles de la personnalité type obsession-compulsion (dossier SUVA pce n° 39; dossier AI pces p. 1214 à 1219, 1225). - Les rapports médicaux des 5 et 27 août 2010 du Dr H. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en médecine du sport, de I. \_\_\_\_\_, qui a noté une persistance des douleurs diffuses du rachis-lombaire et partiellement du rachis dorsal dépendantes de l'effort et sensible à diverses médications et prise en charge de physiothérapie. A ce jour, l'assuré ne suit pas de traitement médicamenteux, mais est considéré comme totalement incapable de travailler en raison des dorsalgies (dossier SUVA pce n° 31, 39; dossier AI pces p. 670 à 672, 1226 s., 1297 à 1299). - Le rapport médical du 15 octobre 2010 du Dr E. \_\_\_\_\_, qui a constaté une persistance de lombalgies diffuses d'origine multifactorielle. Le spécialiste a considéré qu'après le type d'intervention subie le patient pouvait reprendre un travail à plein temps dans tous les domaines, même avec port de charges lourdes, à 3 mois post-opératoires. Il a toutefois, au vu des limitations restantes, préconisé une évaluation multidisciplinaire (dossier SUVA pce n° 39; dossier AI pce p. 1228 s., 1232 à 1236). - Les rapports médicaux des 20 décembre 2010, 25 février 2011, 25 et 30 janvier 2012 du Dr E. \_\_\_\_\_, qui a noté que la symptomatologie décrite par le patient ne correspondait pas à l'imagerie (dossier SUVA pces n° 3, 17 à 24; dossier AI pces p. 648 à 655, 725, 1078). - Le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 12 juillet 2011 du Dr J. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en neurochirurgie, et du Dr K. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de L. \_\_\_\_\_ de la Clinique M. \_\_\_\_\_, qui ont retenu, au plan neurochirurgical, les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de status post-ostéosynthèse lombaire suite à une fracture SPLIT de L1, un status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse D12-L2 le 3 mai 2010, une discopathie L4-L5 et une spondylarthrose L5-S1. L'expert compétent a considéré que l'assuré pourrait reprendre son activité de vendeur en accessoires et pièces automobiles. Il a estimé que l'assuré pourrait même exercer l'activité de réparateur automobile, pour autant qu'il existe un équipement adapté pour éviter de se baisser et de porter du poids, les lombalgies limitant le port de charges à 5 kg souvent et 20 kg occasionnellement. S'agissant de la capacité de travail dans une activité de substitution, il a noté que « la question tombe car il n'y a pas lieu d'en proposer. L'exploré ayant été licencié, il lui est donc fortement conseillé de travailler dans le même type d'emploi, ou à défaut, dans un emploi allégé afin de se préserver pour le futur. Comme nous l'avons dit, il faudrait idéalement que le poste de travail futur soit allégé, sans port de charges, idéalement avec alternances de position et sans position de porte-à-faux en raison des dégénérescences ». Concernant les limitations fonctionnelles, l'expert a retenu que « D'un point de vue clinique et paraclinique, les limitations retenues par l'expert en neurochirurgie sont principalement en relation avec un déconditionnement physique. Au niveau lombaire, les lésions ont un caractère dégénératif et peuvent entraîner des douleurs chroniques lombaires, mais elles existaient probablement avant l'accident. Les limitations fonctionnelles sont minimales, mais en raison d'une tendance aux lombalgies avec la présence de modifications dégénératives lombaires, même si les plaintes actuelles ne correspondent pas avec

Tribunal cantonal TC Page 11 de 20 les résultats radiologiques, celles-ci seront maintenues à titre préventif. A noter que le léger œdème L2 cité dans le rapport du 20 décembre 2010 est une découverte neurologique fortuite n'expliquant pas les plaintes » Par ailleurs, il a exposé n'avoir retrouvé aucun point ou critère de fibromyalgie. D'un point de vue psychiatrique, aucun diagnostic n'a été retenu. Le diagnostic de retard mental léger a été rejeté par l'expert avec la motivation suivante: « Sa pensée est vive, rapide, mais à aucun

moment, il n'y a eu émission d'idées bizarres ou délirantes. [...] Au cours de l'entretien, l'intégration entre les dates, les lieux, les personnes et les circonstances s'est révélée bonne. Les facultés mnésiques à court, à moyen et à long terme sont conservées. [...] En outre, ses capacités de jugement, d'abstraction et d'association sont préservées, constatation clinique correspondant à ce que l'on pouvait attendre. Comme au cours de l'observation directe, l'investigateur note la rapidité de la pensée émise et l'élocution permettant d'évoquer un discours logorrhéique sans altération de l'humeur. Il existe un niveau immature émergent dans le discours sur la vie quotidienne et dans une difficulté à trouver une bonne distance avec ses interlocuteurs. Enfin, le niveau global moyen d'intelligence de l'exploré est congruent à son niveau d'éducation, permettant une interaction convenable et une compréhension satisfaisante entre la personne examinée et l'expert, ceci au moyen d'un vocabulaire usuel, sans qu'il y ait besoin de corrections, c'est parfois la vélocité du discours qui a nécessité la répétition de quelques propos. L'expert note un niveau fruste de la qualité des relations interpersonnelles, mis en évidence par le discours empressé et le vécu et la difficulté à trouver une distance correcte dans les relations. [...] Compte tenu de la conservation des fonctions cognitives, aucun examen neuropsychologique approfondi n'a été réalisé. [...] Compte tenu de la qualité du discours et de la conservation des qualités cognitives et compte tenu de l'anamnèse socioprofessionnelle (scolarité et apprentissage), l'expert réfute le diagnostic de retard mental ». Le diagnostic de trouble de la personnalité type obsession- compulsion a été rejeté par l'expert avec la motivation suivante: « selon les critères généraux d'un trouble de la personnalité au sens de l'ICD-10, l'expert n'a pas retrouvé dans l'histoire de [l'assuré] des troubles qui se seraient manifestés dès l'âge de jeune adulte ou l'enfance. De plus, il n'y a pas eu de situation personnelle ou sociale ayant entraîné une souffrance personnelle ou un impact nuisible sur l'environnement social. L'expertisé ne présente donc pas de déviation pouvant conduire à l'affirmation d'un trouble de la personnalité. Il n'a pas personnellement souffert de sa personnalité durant son enfance et adolescence. En conclusion, aucun autre trouble psychiatrique ne peut être mis en lien avec des manifestations relatives à l'affirmation faite lors d'un précédent examen clinique établi par le Dr G. \_\_\_\_\_, médecine générale, ayant conduit ce dernier à poser le diagnostic d'un trouble de la personnalité de type obsession-compulsion ». Quant au diagnostic de persistance de lombalgies diffuses multifactorielle ou trouble apparenté de type syndrome douloureux somatoforme persistant, l'expert l'a également rejeté en notant essentiellement ce qui suit: « Douleur inorganique ou allant-delà d'affections somatiques pouvant l'engendrer: [...] Le rapport du chirurgien orthopédiste indique une origine somatique des douleurs, reprise aussi par l'expert en neurochirurgie, lequel indique que les plaintes sont aussi en relation avec un déconditionnement. Par ailleurs, l'assuré a fait part d'une amélioration significative récente. [...] La douleur dont se plaint l'exploré [...] n'est pas à l'origine d'un sentiment de détresse ayant pu conduire l'intéressé à solliciter de nombreuses consultations ou des investigations répétées auprès de nombreux spécialistes. [...] L'expert ne constate pas de refus persistant d'accepter les conclusions des médecins concernant l'absence de cause organique, pouvant rendre compte des symptômes somatiques ». Enfin, sur la base d'examen psychologiques, biologiques et psychométriques, l'expert a récusé un autre diagnostic médicalement attestable.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 20 Les experts ont finalement retenu une capacité de travail de 100% horaire et rendement dans un poste allégé depuis le 21 février 2011 (dossier SUVA pce n° 40; dossier AI pce p. 1122 à 1189). - Le rapport médical du 17 août 2011 du Dr G. \_\_\_\_\_, qui a formulé diverses critiques à l'encontre de l'expertise de la Clinique

M. \_\_\_\_\_: « La méthodologie choisie est celle d'une expertise analytique par diagnostic. Les experts vont ressortir les diagnostics retenus chez ce patient et tester leur valeur. Si le diagnostic évoqué dans le dossier ne remplit pas les critères de l'expert, il est rejeté. Pourtant, il appartient à l'expert de donner un diagnostic précis. [...] Un retard léger correspond à un âge mental entre 9 et 12 ans, cite le Dr K. \_\_\_\_\_, expert-psychiatre. N'est-ce pas le cas de ce patient qui vit toujours chez ses parents, sans profession bien déterminée et dont le seul emploi continu a été celui de gardien de la déchetterie de la commune de son domicile, soit une activité à visée de réadaptation sociale dans une commune rurale. [...] L'expert n'a pas estimé utile d'effectuer un examen neuropsychologique, alors même que c'était la chose à faire pour quantifier les capacités cognitives du patient. [...] En affirmant que l'assuré ne se plaint pas de relations qui auraient été difficiles avec son environnement, l'expert néglige le fait que le patient vit en milieu clos et protégé dans sa famille et qu'il n'y a en fait aucune relation extra-familiale ou extra-communale. [...] Après avoir réfuté le diagnostic de troubles obsessionnels compulsifs, l'expert ne propose pas d'autre diagnostic caractérisant le patient. [...] L'absence de diagnostic permet à l'expert de ne répondre à aucune des questions qui lui sont posées. Cela s'appelle passer à côté de la mission ». En conclusion, le Dr G. \_\_\_\_\_ a relevé que « Le ton et la forme de cette expertise pluridisciplinaire sont de bonne qualité, le plan général de l'expertise est compréhensible, le déroulement de l'expertise peut être qualifié de standard ». Il a enfin souligné que le fait que l'assuré avait obtenu un CFC de réparateur automobiles devait être contrôlé, « cette question [étant] cruciale car elle sert de point de départ à l'évaluation de l'expert psychiatre qui conclut en l'absence de retard mental léger » (dossier SUVA pce n° 41; dossier AI pce p. 1112 à 1116). - La prise de position du 7 octobre 2011 de la Dresse N. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine générale, du SMR, qui, en se fondant exclusivement sur l'expertise et les objections du Dr G. \_\_\_\_\_, a considéré que l'expertise de la Clinique M. \_\_\_\_\_ présentait des lacunes méthodologiques objectives dans le domaine de la médecine d'assurance. Elle a contesté que l'assuré pouvait travailler comme réparateur de voitures avec une adaptation du poste de travail, parce que les mouvements très importants du tronc auxquelles doivent se prêter les réparateurs en automobile sont incompatibles avec un status après cyphoplastie de D12 à L2. Elle a ajouté que la capacité de travail et le rendement dans une activité adaptée n'avaient pas été précisés par les experts et qu'il était de leur ressort de procéder à un examen neuropsychologique ainsi qu'à un examen du QI. Elle en a conclu qu'il convenait de procéder à un stage d'observation professionnelle et que les limitations fonctionnelles étaient les travaux en positions statiques, le port de charges supérieur à 10 kg, les mouvements de flexion rotation itératifs du tronc et la marche en terrain irrégulier (dossier AI pce p. 1105 s.). - Le rapport médical LAA du 28 novembre 2011 du Dr G. \_\_\_\_\_, qui a confirmé les diagnostics somatiques connus (dossier SUVA pce n° 3; dossier AI pce p. 1077). - La prise de position du 12 mars 2012 de la Dresse N. \_\_\_\_\_, du SMR, qui a noté ce qui suit: « Cette expertise comporte un résumé du dossier médical, professionnel et assécurologique; elle a été menée par des spécialistes des disciplines concernées, soit un neurochirurgien et un psychiatre. Elle tient compte des plaintes de l'assuré; l'examen physique et psychiatrique est exhaustif. Les conclusions sont argumentées et compréhensibles. Elle est par conséquent

Tribunal cantonal TC Page 13 de 20 probante. L'assuré présente un status après cyphoplastie de D12 à L2. Il a retrouvé une mobilité complète de la colonne vertébrale, et une absence de toute contracture musculaire, qui serait la traduction objective d'une

souffrance persistante du rachis et qui corroborerait les allégations de [l'assuré]. Le bilan radiologique confirme l'absence d'anomalie vertébrale. Le psychiatre constate que [l'assuré] n'a aucune atteinte psychiatrique remplissant les critères de diagnostic nécessaires et n'a pas non plus de retard mental. Pour preuve, [l'assuré] a réussi une formation de niveau CFC. L'expert relève néanmoins des particularités de son caractère, qui n'atteignent pas un degré ayant la valeur de maladie. L'expertise et le dossier AI comportent en eux-mêmes le démenti aux assertions du Dr G.\_\_\_\_\_. La copie du CFC obtenu par l'assuré figure au dossier, et les diagnostics retenus par le médecin traitant ont été valablement démentis par l'expert. Les limitations fonctionnelles sont d'ordre somatique; il convient d'éviter les travaux en position statique, le port de charges supérieur à 10 kg, les mouvements de flexion rotation itératifs du tronc, la marche en terrain irrégulier, la station assise prolongée de plus d'une heure, port de charge jusqu'à 10 kg occasionnellement, exposition au chaud ou froid à éviter, ne pas travailler avec des engins vibrants. Après un reconditionnement à l'effort une activité à plein temps est exigible » (dossier SUVA pce n° 63; dossier AI pce p. 1042 s.). - Le rapport médical du 23 mars 2012 du Dr O.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine générale, qui a fait état « de troubles de l'adaptation, de l'attention, reconnus de tous les participants à la réunion ORIF dont le responsable AI présent ». Il a exposé que l'assuré était déconditionné et, à moins d'une thérapie cognitivo-comportementale efficace auprès de spécialistes de qualité, ne pourra jamais évoluer (dossier AI pce p. 1032 à 1036). - Le rapport COPAI-CEPAI du 29 mars 2012 de l'ORIF Intégration et formation professionnelle, qui a constaté l'échec du stage à cause d'un manque de motivation et d'investissement de l'assuré et a en particulier noté qu'il ne pouvait « émettre des pistes pour un reclassement, tant l'attitude négative ainsi que le comportement de votre assuré se trouvent être actuellement aux antipodes des exigences professionnelles » (dossier SUVA pce n° 64; dossier AI pce p. 1023 à 1031). - La prise de position du 28 juin 2012 du Dr P.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, qui a exposé que le Dr O.\_\_\_\_\_ avait retenu un trouble de l'adaptation et de l'attention sans exposer les éléments médicaux sur lesquels reposerait ce diagnostic. A son sens, l'avis non étayé d'un médecin non spécialiste en psychiatrie n'est pas de nature à jeter un doute sérieux sur les conclusions de l'expertise psychiatrique de la Clinique M.\_\_\_\_\_ (dossier SUVA pce n° 63; dossier AI pce p. 1021). - Le rapport d'examen du 10 octobre 2012 du Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, ainsi que médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a recommandé d'effectuer une imagerie complète de la colonne (dossier SUVA pce n° 66; dossier AI pce p. 875 à 880, 955 à 960). - Le rapport d'examen du 28 février 2013 du Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a noté qu'« en l'état et sur la base des documents radiologiques et de l'IRM effectués le 14.11.2012, la situation de l'ancienne fracture de L1 est parfaitement stabilisée sans aucune évidence de déplacement notamment du ciment de la kyphoplastie. Le seul élément qui pourrait expliquer en partie les douleurs résiduelles, ce sont les signes de discopathie étagée, mais qui sont modérés. Au total, il n'y a aucune lésion surajoutée chez cet assuré permettant d'expliquer la persistance des douleurs » (dossier SUVA pce n° 82; dossier AI pce p. 637 à 643).

Tribunal cantonal TC Page 14 de 20 - La prise de position du 27 septembre 2013 du Dr P.\_\_\_\_\_, du SMR, qui a estimé que le rapport d'examen du 10 octobre 2012 du Dr Q.\_\_\_\_\_ était probant (dossier SUVA pce n° 120; dossier AI pce p. 612). - Les rapports médicaux des 26 octobre 2013, 14 et 26 mars 2014 du Dr O.\_\_\_\_\_, qui a noté le diagnostic de fracture instable B3 de L1 opérée et conclu à une incapacité de travail totale

(dossier SUVA pces n° 107, 124, 131; dossier AI pces p. 597 à 600, 607). - Le rapport d'examen intermédiaire du 15 mai 2014 du Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a proposé un séjour à Clinique R.\_\_\_\_\_ pour y effectuer un bilan complet et une évaluation de la capacité de travail résiduelle (dossier SUVA pce n° 135; dossier AI pce p. 586 à 590, 592 à 596). - Les rapports médicaux des 12 et 27 août 2014 du Dr S.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a estimé que bien qu'il n'y ait actuellement pas de psychopathologie avérée, et en particulier aucun trouble associé à son accident, ce patient présente des singularités de personnalité, dont une psychorigidité, qui limitent d'autant ses capacités d'adaptation à son problème de santé (dossier SUVA pce n° 156; dossier AI pces p. 523 à 525, 569 à 571). - Le rapport d'évaluation de l'efficience intellectuelle du 12 août 2014 de l'Unité de neuropsychologie de la Clinique R.\_\_\_\_\_, duquel il ressort que l'indice du quotient intellectuel global de l'assuré se situe à 75, à savoir globalement à la limite inférieure de la norme. Le rapport conclut qu'une activité simple et répétitive, dénuée de prise de décision, de stress ou de pression temporelle est envisageable avec un soutien approprié (dossier SUVA pce n° 156; dossier AI pce p. 521 s., 576 s.). - L'avis de sortie du 18 août 2014 ainsi que les rapports médicaux des 18 août et 26 septembre 2014 du Dr T.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, de la Clinique R.\_\_\_\_\_, qui n'a pas posé de nouveau diagnostic, mais seulement relevé des singularités de personnalité dont une personnalité psychorigide (dossier SUVA pces n° 153, 156; dossier AI pces p. 552 à 561). - Le rapport d'examen final du 10 février 2015 du Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a noté que « mis à part un antalgique ou un anti-inflammatoire non stéroïdien de 2ème génération en réserve en cas de douleur importante, l'assuré n'a besoin d'aucun traitement particulier ni physio ni ergothérapie ni autre approche actuellement en ce qui concerne les seules suites de son accident du 30.09.2009. On est clairement passé dans un contexte de douleur chronique du rachis de type syndrome somatoforme douloureux qui n'a plus de lien de causalité directe avec l'accident qui nous concerne, raison pour laquelle la poursuite de traitement doit être imputée est à la charge de l'assurance-maladie ». S'agissant de la capacité de travail, il a exposé qu'« une appréciation a été effectuée lors de mon examen du 15.05.2014. L'incapacité de travail est et reste à 100% et l'exigibilité est nulle dans l'activité qui avait cours lors de l'accident. Par contre, dans toute activité adaptée et tenant compte de la problématique du dos, l'assuré pourrait sans autre travailler normalement avec 100% de rendement dans toute activité industrielle légère à moyenne. Les limitations d'exigibilités par rapport aux problèmes du dos ont déjà été stipulées dans mon examen du 15.05.2014 et sont toujours valables » (dossier SUVA pce n° 179; dossier AI pce p. 544 à 547). - La prise de position du 22 mai 2015 du Dr P.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en, du SMR, qui a noté que « Selon la prise de position du médecin d'arrondissement de la SUVA, l'état de Tribunal cantonal TC Page 15 de 20 santé est stable depuis au plus tard le 31.12.2012, de sorte qu'en date du 28.02.2013, il a fixé une exigibilité médicale de 100%, horaire et rendement, dans une activité adaptée [...]. Depuis lors, il n'y a eu aucun nouveau diagnostic, aucune modification du traitement, pas de modification des plaintes de l'assuré et pas de changement de la capacité de travail médicalement exigible » (dossier SUVA pce n° 193; dossier AI pce p. 541 s.). - Le rapport médical du 15 février 2016 du Dr U.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a diagnostiqué des troubles mixtes de la personnalité avec traits paranoïaques et schizoïdes (F60.0). Le psychiatre a précisé que la situation n'avait pas évolué depuis l'accident. Il a conclu que

l'assuré était en mesure d'assumer une activité professionnelle simple, sans pression ni rendement (dossier SUVA pce n° 206; dossier AI pce p. 516 à 520). - La prise de position du 24 août 2016 du Dr P.\_\_\_\_\_, du SMR, qui a exposé que le rapport U.\_\_\_\_\_ se réfère à une prise en charge psychiatrique temporaire entre juin 2014 et juin 2015 et n'atteste pas d'incapacité de travail. Par ailleurs, les troubles de la personnalité apparaissant toujours, par définition, dans l'enfance ou l'adolescence et se poursuivant à l'âge adulte, il ne peut s'agir d'un fait nouveau. Ledit rapport n'est donc pas de nature à modifier son appréciation (dossier AI pce p. 492 s.). - D'autres pièces médicales et prescriptions de physiothérapie (dossier SUVA pce n° 17, 41, 54, 56, 69, 83 à 88, 126; dossier AI pces p. 572 à 575, 578 à 580, 679, 814, 843, 868 à 870, 872, 874, 925 à 927, 961 s., 1040, 1051, 1251 à 1254, 1304 à 1306). b) Formellement, le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique M.\_\_\_\_\_ répond parfaitement aux exigences jurisprudentielles relatives aux expertises. Il se fonde en effet sur des examens complets et a été établi en pleine connaissance du dossier, après que les médecins aient personnellement reçu le recourant. Il prend également en considération les plaintes exprimées par le patient et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. Enfin, l'appréciation médicale est claire et les conclusions des médecins sont dûment motivées. La qualité de ladite expertise a d'ailleurs été mise en avant par la Dresse N.\_\_\_\_\_, du SMR. En effet, si, dans un premier temps dans sa prise de position du 7 octobre 2011, manifestement sans avoir pris connaissance du dossier AI de l'assuré, la Dresse N.\_\_\_\_\_ a mis en cause la valeur probante de l'expertise de la Clinique M.\_\_\_\_\_ et requis un stage d'observation personnelle, dans un second temps dans sa prise de position du 12 mars 2012, après avoir consulté le dossier AI de l'assuré et le rapport ORIF nouvellement produit, elle a expressément confirmé la pleine valeur probante de ladite expertise et estimé qu'il n'était pas nécessaire de procéder à des examens complémentaires. Le Dr P.\_\_\_\_\_, du SMR, sollicité ensuite, a également implicitement confirmé la valeur probante de l'expertise. Enfin, le Dr G.\_\_\_\_\_, pourtant critique par rapport à certaines conclusions, a estimé que l'expertise était de bonne qualité et que son déroulement pouvait être qualifié de standard. Le rapport d'expertise remplit par ailleurs les conditions de la récente jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux. Appelés à se prononcer sur une pathologie assimilée par la jurisprudence à la fibromyalgie et autres syndromes sans étiologie claire et sans constat de déficit organique, les experts ne sont en effet manifestement pas partis de la présomption révoquée selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible, mais ont chacun dans leur domaine de compétence respectif examiné les limitations fonctionnelles et la capacité du recourant.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 20 Par conséquent, il convient d'accorder pleine valeur probante et foi aux conclusions de l'expertise de la Clinique M.\_\_\_\_\_. L'autorité intimée a par ailleurs fixé à bon droit le début et la fin du délai d'attente d'une année respectivement au 3 mai 2010 et au 1er mai 2011. Ceci n'a pas été contesté par le recourant. c) Au plan somatique, un status post-ostéosynthèse lombaire suite à une fracture SPLIT de L1, un status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse D12-L2 le 3 mai 2010, une discopathie L4- L5 et une spondylarthrose L5-S1 ont été diagnostiqués. L'expert neurochirurgien de la Clinique M.\_\_\_\_\_ a estimé que ces diagnostics étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré et que ce dernier pourrait reprendre en plein son activité de vendeur en accessoires et pièces automobiles, voire exercer une activité de réparateur automobile allégée. Cette appréciation est confirmée par le Dr E.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique ayant opéré l'assuré, qui a exposé qu'après le type d'intervention

subie le recourant pouvait reprendre un travail à plein temps dans tous les domaines, même avec port de charges lourdes, à 3 mois post-opératoires. Elle l'est en outre par la Dresse N.\_\_\_\_\_, du SMR, qui a explicitement noté que l'assuré avait retrouvé une mobilité complète de la colonne vertébrale et qu'il ne présentait plus aucune contracture musculaire. L'avis du Dr O.\_\_\_\_\_ qui, sans étayer sa position, a conclu à une incapacité de travail totale pour des motifs apparemment strictement somatiques, n'emporte dès lors pas la conviction des juges de céans. Il sied, à l'égard de ce dernier avis, de tenir compte du fait qu'un médecin traitant, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre partie pour lui. Au plan psychique, aucun diagnostic n'a été retenu par l'expert psychiatre de la Clinique M.\_\_\_\_\_. Les critiques formulées par le Dr G.\_\_\_\_\_ ne convainquent pas. Tout d'abord, ainsi que l'a relevé la Dresse N.\_\_\_\_\_, du SMR, dans sa prise de position du 12 mars 2012, l'expertise et le dossier AI comportent en eux-mêmes le démenti aux assertions du Dr G.\_\_\_\_\_. Il a ainsi été établi que le recourant avait obtenu un CFC, point que le généraliste estimait crucial. Ensuite, il est erroné de prétendre que l'expert psychiatre de la Clinique M.\_\_\_\_\_ s'est borné à examiner les diagnostics qui avaient précédemment été retenus, sans en rechercher d'autres. Ledit expert, selon la méthodologie choisie, s'est certes dans un premier temps focalisé sur les diagnostics qui avaient déjà été évoqués par ses confrères, il a toutefois dans un second temps – sur la base d'examens psychologiques, biologiques et psychométriques – renoncé à poser un autre diagnostic. Par ailleurs, les diagnostics de retard mental léger et de troubles de la personnalité type obsession-compulsion ont été rejetés de manière tout à fait convaincante par l'expert psychiatre de la Clinique M.\_\_\_\_\_. C'est le lieu de relever qu'un stage d'observation professionnelle et un examen du QI ont été effectués postérieurement à l'expertise. Or, le stage n'a pas pu être effectué à cause du manque de motivation et d'investissement de l'assuré; et le résultat obtenu par le recourant au test de QI, soit 75, est supérieur à la limite en dessous de laquelle l'intelligence peut avoir une incidence sur la capacité de travail, soit 70 (cf. arrêt TF 9C\_198/2011 du 11 novembre 2011 consid. 6.2 et les références citées). Enfin, il sied de noter que le Dr G.\_\_\_\_\_ était le médecin traitant du recourant et qu'il n'était pas spécialisé en psychiatrie (sur les spécialisations des médecins appelés à examiner les demandes de prestations dans l'assurance-invalidité, cf. l'arrêt TF 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 et les références citées). S'agissant ensuite du rapport médical du 23 mars 2012 du Dr O.\_\_\_\_\_ et du rapport médical du 15 février 2016 du Dr U.\_\_\_\_\_, il convient de noter, à titre liminaire, que ce dernier a exposé

Tribunal cantonal TC Page 17 de 20 que la situation clinique du recourant n'avait connu aucune évolution depuis l'accident. Une aggravation postérieure à l'expertise de l'état de santé psychique du recourant a ainsi explicitement été exclue par un psychiatre. Ceci a d'ailleurs été confirmé par le Dr S.\_\_\_\_\_ et le Dr P.\_\_\_\_\_. Les avis des Drs O.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_ et celui de la Clinique M.\_\_\_\_\_ constituent donc des appréciations médicales distinctes d'un état de fait demeuré identique. Il s'agit dès lors de les confronter. Le rapport du Dr O.\_\_\_\_\_ a fait état d'un trouble de l'adaptation et de l'attention. Les conclusions de l'expertise de la Clinique M.\_\_\_\_\_ ne sauraient valablement être remises en cause sur la base de cet avis, attendu qu'il n'expose pas sur quels éléments médicaux il s'est fondé pour retenir ce diagnostic, qu'il ne prend pas de conclusion relative à la capacité de travail du recourant et que ledit rapport émane d'un médecin traitant du recourant, non spécialisé en psychiatrie. La Cour de céans rejoint en cela l'avis exprimé par le Dr P.\_\_\_\_\_, du SMR, dans sa prise de position du 28 juin

2012. Le rapport du Dr U. \_\_\_\_\_, qui a retenu l'existence de troubles mixtes de la personnalité avec traits paranoïaques et schizoïdes, ne résiste pas non plus à l'examen. Ainsi de l'a souligné le Dr P. \_\_\_\_\_, du SMR, dans sa prise de position du 24 août 2016, ces troubles apparaissant toujours, par définition, dans l'enfance ou l'adolescence et se poursuivant à l'âge adulte; or, l'expert psychiatre de la Clinique M. \_\_\_\_\_ n'a pas retrouvé dans l'histoire de l'assuré des troubles qui se seraient manifestés dès l'âge de jeune adulte ou l'enfance. De plus, ledit rapport se réfère à une prise en charge psychiatrique temporaire entre juin 2014 et juin 2105 et n'atteste pas d'incapacité de travail. Au plan psychosomatique enfin, les experts de la Clinique M. \_\_\_\_\_ ont, sur la base d'indices et de critères concrets, exclu l'existence d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux permanent; aucun point de fibromyalgie, ni aucun signe de non-organicité de la douleur selon Waddell, ni aucun critère de la personnalité anankastique n'a effet été retenu. Cette conclusion est confirmée par le Dr S. \_\_\_\_\_, chef du service de psychosomatique de la Clinique R. \_\_\_\_\_, qui, dans son rapport médical du 27 août 2014, a expressément exclu toute psychopathologie. Quant au Dr Q. \_\_\_\_\_, qui, dans son rapport d'examen final du 12 février 2015, a noté un syndrome somatoforme douloureux, il n'entendait manifestement pas ce faisant poser un diagnostic, mais, focalisé sur son rôle de médecin d'arrondissement de la SUVA, seulement signifier que les douleurs ressenties n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident et pouvaient tout au plus relever de l'assurance-maladie, ainsi qu'en atteste la fin de sa phrase; le médecin d'arrondissement de la SUVA n'a en effet donné aucun élément médical ayant vocation à fonder un tel diagnostic, tout au contraire, puisqu'il a considéré que, dans toute activité adaptée et tenant compte de la problématique du dos, l'assuré pourrait sans autre travailler normalement avec 100% de rendement dans toute activité industrielle légère à moyenne. Le degré de gravité requis pour un tel diagnostic n'apparaît en tout état de cause pas atteint, dans la mesure où aucun médecin n'a conclu à une incapacité de travail de l'assuré pour ce motif. Ainsi que cela ressort des rapports des Drs H. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_, le recourant n'a eu recours aux offres thérapeutiques existantes pour se faire soigner sur ce plan que de manière très restreinte. En définitive, force est de constater que les singularités de personnalité, la psychorigidité et le déconditionnement, dont ont fait état nombre de médecins sollicités, apparaissent au premier plan dans le cas d'espèce. Or, ces constatations renvoient à des facteurs psychosociaux et socioculturels extra-médicaux (cf. supra 4.b.bb).

Tribunal cantonal TC Page 18 de 20 Dans le même ordre d'idées, il convient de relever qu'un certain nombre des éléments relevés par le médecin traitant sortent manifestement du champ médical (cf. notamment les conclusions qu'il tire du fait que le recourant vive encore chez ses parents, dossier SUVA pce n° 41). En tout état de cause, il convient de noter que, même s'il avait fallu admettre l'existence des troubles psychiques et psychosomatiques invoqués par le recourant, un lien de causalité entre l'accident du 30 septembre 2009 et lesdits troubles ne saurait être retenu. En effet, l'accident – qui doit être qualifié de gravité moyenne – n'a pas eu un caractère particulièrement impressionnant, la lésion physique subie n'est pas particulièrement grave et n'est manifestement pas propre selon l'expérience à entraîner des troubles psychiques, le traitement et l'incapacité de travail ont été de courte durée et il n'est pas apparu de difficultés ou de complications importantes au cours de la guérison. d) Eu égard à tout ce qui précède, la Cour de céans considère, avec les experts de la Clinique M. \_\_\_\_\_, que le recourant pourrait reprendre, à plein temps et sans diminution de rendement, son activité de vendeur en accessoires et pièces automobiles. Il s'agit bien là de son activité habituelle, puisqu'il l'a exercée jusqu'en août 2009 alors que

l'accident est survenu à peine un mois plus tard et qu'il a cessé de la pratiquer parce qu'il a été licencié de l'entreprise qui l'employait. C'est d'ailleurs précisément à la suite de l'évènement accidentel, essentiellement susceptible de l'atteindre dans sa santé physique, qu'il a entrepris de saisir les assurances sociales. Le recourant peut, quoi qu'il en soit, également exercer, à plein temps et sans diminution de rendement, son activité habituelle de surveillant de la déchetterie qu'il exerçait lors de la survenue de l'accident et exerce à jour encore. Ladite activité consiste en effet dans une activité légère dépourvue de travaux physiques (cf. à cet égard, dossier SUVA pce n° 82). En l'occurrence, les preuves figurant au dossier ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une expertise pluridisciplinaire complémentaire (appréciation anticipée des preuves). La nécessité d'effectuer des examens complémentaires a d'ailleurs été expressément exclue tant par les experts de la Clinique M. \_\_\_\_\_ que par la Dresse N. \_\_\_\_\_. C'est le lieu de préciser que, pour juger simultanément la présente cause et la cause 605 2017 67, la Cour de céans s'est fondée tant sur le dossier du recourant de la SUVA que sur celui de l'OAI, dont la production avait été requise par le recourant au titre de preuves. Une production formelle du dossier AI dans la présente cause apparaît dès lors inutile. Dans la mesure où le recourant pourrait reprendre, à plein temps et sans diminution de rendement, ses activités habituelles, force est de conclure qu'il ne présente aucune perte de gain. Il n'a donc pas droit à une rente d'invalidité. e) Subsidiairement, même s'il fallait admettre, comme l'autorité intimée, que le recourant ne serait plus apte à reprendre son activité habituelle et qu'il devrait dès lors exercer une activité de substitution adaptée, il ne présenterait aucune perte de gain.

Tribunal cantonal TC Page 19 de 20 Le potentiel économique n'étant pas assuré, seule la perte de gain effective est déterminante (arrêt TF 8C\_607/2011 consid. 8.2 et les références citées). Or, en l'occurrence, il n'y a aucune raison de s'écarter des revenus effectivement perçus par le recourant avant l'accident pour établir son revenu de valide. Le recourant a terminé sa formation en 1998 et a depuis lors, soit 10 ans durant, sans être empêché de travailler pour des raisons de santé, réalisé des revenus annuels oscillant entre CHF 14'408.- (en 2008) et CHF 36'412.- (en 2002). Son revenu annuel d'invalidité de CHF 56'508.- – retenu par l'autorité intimée dans la décision entreprise et incontesté par le recourant – apparaît ainsi largement supérieur à son revenu annuel de valide. Plus subsidiairement encore, la comparaison de revenus telle qu'effectuée par l'autorité intimée n'a pas été contestée céans. Or, elle aboutit à un taux d'invalidité de 8%, à savoir à un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente selon l'art. 18 al. 1 LAA. Il sied, dans ce contexte, de noter que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3; arrêt TF 8C\_558/ 2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3 et les références citées).

## **E. 9**

Le second point litigieux concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. a) Dans la mesure où cette problématique doit être traitée uniquement sous l'angle médical, il s'agit de se référer une nouvelle fois au dossier. Le seul médecin qui se soit prononcé sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est le Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a noté, dans son rapport médical du 28 février 2013, que « notre estimation est fondée sur la table 7.2 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA. Nous avons retenu le taux moyen de la fourchette de 5 à 10% correspondant à la persistance de douleurs

minimes permanentes même au repos, accentuées par les efforts, ceci avec une fracture lombaire sans déviation d'angle vertébrale notoire pour laquelle on accorde 5% ainsi qu'une ostéochondrose sans syndrome radiculaire, de 1- 5 segments, modérée pour laquelle on accorde 5% ». Il a ainsi finalement considéré que l'atteinte à l'intégrité était de 10% (dossier SUVA pce n° 81). b) Cette appréciation apparaît convaincante. Elle n'est par ailleurs contredite par aucune autre pièce du dossier médical et est demeurée incontestée du recourant, celui-ci se focalisant sur ses griefs essentiellement relatifs à la capacité de travail et qui viennent d'être écartés. Il s'agit de préciser ici que les atteintes psychiques, pour autant qu'elles aient été établies, n'entrent pas non plus ici en ligne de compte, dans la mesure où elles ne sauraient engager, comme il a été dit, la responsabilité de l'assurance-accidents. L'assuré a donc droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 12'600.-, fondée sur un taux de 10% pour les seules et strictes séquelles de l'accident du 30 septembre 2009.

#### **E. 10**

Vu tout ce qui précède, le recours du 10 juin 2016, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition du 12 mai 2016 confirmée.

#### **E. 11**

En application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière (cf. art. 61 let. a LPG), il n'est pas perçu de frais de justice.

Tribunal cantonal TC Page 20 de 20 Il n'est pas alloué d'indemnité de partie à la SUVA, chargée de tâches de droit public (cf. arrêts TF 8C\_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6; 9C\_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8 et la référence citée). la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il n'est alloué aucune indemnité de partie. IV. Notification. 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 24 janvier 2018/YHO Président Greffier

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