

FR_GERICHTE 605 2017 132 vom 11. Juni 2018

FR Kantonsgericht, 2018-06-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_132

FR: FR_GERICHTE 605 2017 132 du 11 juin 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 132 del 11 giugno 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 7

décembre 2016, le médecin d'arrondissement conclut à l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. C. Parallèlement à cette procédure, le 10 novembre 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) suite à son accident (troubles somatiques). Par décision du 13 octobre 2015, celui-ci lui a reconnu le droit à une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100%. Début 2017, une procédure de révision a été initiée, avec mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire (neurologie et psychiatrie) auprès de E._____. Dans leur rapport du

E. 7.1

Dans la décision litigieuse, la SUVA a considéré que son assuré est en mesure d'exercer une activité adaptée à temps plein. Cette appréciation renvoie à l'avis de son médecin d'arrondissement, la Dresse D._____, spécialiste FMH en neurochirurgie, dans son rapport du 7 décembre 2016. Celle-ci retient que le recourant n'est plus en mesure de travailler dans son ancienne activité, mais qu'il peut exercer, à 100% et sans perte de rendement, une activité respectant les limitations suivantes: "travail léger, principalement en position assise avec la possibilité de changer de position, pas de travail sur terrain irrégulier, ni échelles, ni contraintes pour le genou et le pied G" (dossier SUVA, pièces 298). Le recourant met en doute la valeur probante de cet avis médical, regrettant que le médecin d'arrondissement "se soit arrêté à une analyse purement mécanique du patient, en ce sens qu'il n'a pas tenu compte des douleurs de celui-ci". A ses yeux, "avec un tel tableau douloureux, il est absurde de vouloir persister à prétendre que l'assuré pourrait exercer une quelconque activité que ce soit". Ces seules assertions, qui se basent avant tout sur le ressenti subjectif (douleurs), ne sont que peu convaincantes.

E. 7.2

Cela étant, dans le présent cas, l'OAI a mandaté les médecins de E._____ pour expertise. Dans leur rapport du 8 décembre 2017, ceux-ci concluent, que "en ce qui concerne les limitations fonctionnelles, ces dernières ont été bien définies dans le cadre de l'examen pratiqué par [la Dresse D._____], à savoir un travail léger essentiellement sédentaire (position assise), avec néanmoins possibilité de changer régulièrement de position; pas de travail sur terrain irrégulier ni échelle. Dans l'ancienne activité, il est évident que la capacité de travail est nulle, de façon définitive. Dans un travail adapté respectant les limitations précitées, la capacité de travail est complète (plein temps avec un rendement de 100%)". Ils

soulignent au passage l'existence de "quelques facteurs de majoration dans le cadre de l'expertise", d'une "légère discordance entre la présentation objective et l'importance de certaines plaintes subjectives" et "d'une composante émotionnelle liée à la colère, associée à un positionnement de victime, qui revendique une reconnaissance de son état et de sa situation" (dossier OAI, p. 43). Cette expertise possède une pleine force probante. Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 Les experts se sont en effet fondés sur le dossier de l'assurance-invalidité – comprenant notamment les pièces de l'assureur-accidents – ainsi que deux entretiens avec l'assuré. A cette occasion, tant l'expert-neurologue que l'expert-psychiatre ont pu procéder à un examen complet du recourant. Celui-ci a pu, pour sa part, décrire ses douleurs et blocages, y compris leur péjoration régulière, et son état psychique, qu'il considère comme mauvais, faisant état d'une tentative de suicide. C'est donc sur la base d'une pleine connaissance du dossier que les experts ont retenu les diagnostics de "dysthymie", de "troubles de l'adaptation", d'"atteinte séquellaire du tronc du nerf sciatique" modérée à sévère et de "status après fracture du col du fémur" qui a justifié la "mise en place d'une prothèse cotyloïdienne gauche en 2006", changée en 2013 et réintervention en 2015. Les experts discutent de manière détaillée des conclusions des autres médecins interrogés et, notamment, des médecins traitants. L'on rappellera, pour mémoire, que la demande a été déposée à suite de l'accident dans la baignoire, pour des raisons essentiellement physiques au départ. Il apparaît ainsi que les médecins de E._____ prennent position sur les critiques du recourant et confirment la pertinence des conclusions de la Dresse D._____. Dans la mesure où les experts confirment et reprennent expressément ces conclusions, il n'est pas relevant que leur avis médical soit ultérieur aux décisions ici contestées. En présence de conclusions concordantes, il n'apparaît pas nécessaire de donner une suite favorable aux propositions de preuve du recourant et, notamment, qu'il soit procédé à son audition ainsi qu'à l'audition du médecin d'arrondissement et de sa cousine qui s'était chargée des traductions (cf. dossier OAI, p. 926).

E. 7.3

Enfin, on relèvera que la décision ici litigieuse n'est aucunement mise en doute par les autres avis médicaux au dossier. Le recourant ne s'en prévaut, au demeurant, pas. 7.3.1. En effet, la plupart des autres médecins interrogés n'examinent pas la problématique de la capacité de travail, qui plus est dans une activité adaptée. Tel est en particulier le cas du Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, du Dr G._____, spécialiste en médecine interne, et du Dr. H._____, spécialiste en neurologie. Ce dernier semble, au demeurant, même considérer que l'exercice d'une activité adaptée est exigible, sans perte de rendement (rapport du 29 décembre 2015, dossier OAI, p. 465; cf. ég. p. 405). Quant à la Dresse I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, celle-ci n'examine que l'incidence des troubles psychiques, lesquels ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (cf. not. rapport du 31 mars 2016, dossier OAI, p. 362). 7.3.2. Seul le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, défend une position qui diverge de celle défendue par le médecin d'arrondissement et les experts de E._____. Dans ses rapports adressés à l'assurance-accidents, il n'examine jamais la question de la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée. Depuis 2013, dans l'ensemble de ses rapports de suivi, le médecin indique qu'il "est trop tôt pour se prononcer" (cf. dossier SUVA, pièces 26, 38, 40, 130, 154, 160, 164, 172, 176, 178, 199, 229, 241, 249, 254, 268, 285, 305 et 340; cf. ég. dossier OAI, p. 463 et 1009). Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 Cependant, à l'assurance-invalidité, il indique que "le patient marche avec deux cannes, une attelle Heidelberg; le périmètre de

marche n'avoisine pas une vingtaine de minutes. Le patient n'est donc en aucun cas capable d'effectuer une quelconque activité" (rapport du 6 juin 2016, dossier OAI, p. 321; cf. ég. p. 385 et 858). L'on doit d'emblée constater que le médecin ne propose que ces quelques lignes très peu étayées pour toute motivation de l'incapacité de travail qu'il atteste à son patient. Même en tenant compte des rapports de suivis (lesquels indiquent qu'il "est trop tôt pour se prononcer"), cela reste court, d'autant plus en comparaison des 35 pages rédigés d'une écriture dense par les experts de E._____. Par ailleurs, le médecin semble se fonder, de manière non négligeable, sur les seuls dires de son patient. C'est ce qu'atteste, par exemple, son rapport du 28 septembre 2016 dans le cadre duquel il indique: "19.09.16: Amélioration d'après le [Dr. H._____] mais pas d'après le patient" (dossier SUVA, pièce 285). Cela va dans le sens que l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant est influencée par la relation de confiance qui l'unit à son patient. Enfin, il ressort du dossier – et notamment de l'expertise – que des facteurs extra-médicaux, notamment psychosociaux (maîtrise de la langue, maladie de l'épouse, difficultés financières), conduisent le recourant à adopter une approche revendicatrice vis-à-vis de la SUVA et de l'OAI. De tels facteurs ne relèvent toutefois pas des assurances sociales. Ils peuvent cependant expliquer pourquoi une atteinte d'origine essentiellement physique a progressivement évolué vers la sphère psychique au gré du refus des assurances. Dans ces circonstances, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion concordante des experts et du médecin d'arrondissement.

8. Au vu de ce qui précède, la Cour retient que le recourant est en mesure d'exercer à temps plein et sans perte de rendement une activité légère, essentiellement assise avec la possibilité de changer de position, sans travail sur terrain irrégulier, sans échelles et sans contraintes pour le genou et le pied gauche. En l'occurrence, le salaire de valide de CHF 6'095.- correspond au salaire obtenu dans son ancienne activité, auquel ont été ajoutées les indemnités relatives aux heures de déplacement (dossier SUVA, pièce 333). Quant au salaire d'invalidé de CHF 5'103.-, celui-ci est fondé sur la moyenne de cinq descriptions des postes de travail (sur un total de 82), lesquelles sont toutes conformes aux limitations du recourant. N'apparaissant pas être critiquables, ces deux montants peuvent être confirmés, étant relevé que le recourant ne fait aucune critique concrète à leur égard. Compte tenu d'un revenu de valide de CHF 6'095.- et d'un revenu d'invalidé de CHF 5'103, la perte de gain se monte à CHF 992.-. Cela correspond à un degré d'invalidité de 16%. Tribunal cantonal TC Page 10 de 10

9. S'avérant au final intégralement mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition querellée est confirmée. La procédure étant gratuite en matière d'assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais de justice. Il n'est enfin pas alloué de dépens au recourant qui n'obtient pas gain de cause. L'autorité intimée, institution privée chargée de tâches de droit public, n'a, pour sa part, pas droit à l'indemnisation de son mandataire. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni octroyé de dépens. III. 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 11 juin 2018/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

E. 8

décembre 2017, les deux experts concluent à l'existence d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Cette procédure de révision a abouti à un projet de suppression de rente du 22 janvier 2018, contesté par l'assuré. D. Entretemps, par décision du 20 mars 2017, la SUVA a reconnu à son assuré le droit à une rente sur la base d'un degré d'invalidité de 16% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 10%. Limitée à la problématique du droit à la rente, cette décision a été confirmée sur opposition le

E. 10

mai 2017. Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 E. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Benoît Sansonnens, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal concluant, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100%. A l'appui de son recours, se prévalant de la décision de l'OAI du 13 octobre 2015 lui reconnaissant un degré d'invalidité de 100%, il exige l'octroi d'une rente entière et soutient que son état de santé, en constante aggravation, l'empêche de retrouver un emploi. Il conteste également la valeur probante de l'avis du médecin d'arrondissement sur laquelle la SUVA a fondé le degré d'invalidité, affirmant que les conclusions de cette dernière sont en contradictions avec ce qu'elle lui avait dit à l'occasion de l'entretien, ainsi qu'à la traductrice présente. A cet égard, il demande l'audition par la Cour du médecin d'arrondissement et de la traductrice présente lors de l'examen. Dans ses observations du 13 novembre 2017, la SUVA, représentée par Me Antoine Schöni, avocat, propose le rejet du recours, renvoyant, pour l'essentiel, à l'avis de son médecin d'arrondissement qu'elle considère comme entièrement probant et nullement mis en doute par les allégués du recourant. Lors d'un second échange d'écriture, les parties campent sur leurs positions. Dans une intervention spontanée du 5 mars 2018, le recourant a demandé d'être entendu dans le cadre de "débats", à l'occasion desquels il sera en outre procédé à une audition du médecin d'arrondissement et de la traductrice présente lors de son examen. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt. 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 étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. 2.1. Conformément à l'art. 8 al. 1 de la loi 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 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), est réputé invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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. 2.2. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente

comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b; 117 V 369 consid. 3a; 117 V 359 consid. 5a). Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. Pour que cette condition soit remplie, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (arrêt TF 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1; ATF 129 V 177 consid. 3.2; 117 V 359 consid. 4b).

2.3. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité adéquate (ATF 115 V 133; 105 V 403). Suivant la manière dont ils se sont déroulés, les accidents peuvent être classés en trois catégories: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et les accidents de gravité moyenne. Le degré de gravité d'un accident s'apprécie d'un point de vue objectif, en fonction de son déroulement; il ne faut pas s'attacher à la manière dont la victime a ressenti et assumé le choc traumatique (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 115 V 403 consid. 5c/aa). Lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

3. 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.

3.1. 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). Ce n'est qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible – que la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb).

3.2. 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. Lorsque l'assuré a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité repose sur des rapports de travail stables, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'éléments de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa). Si, en revanche, 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'invalidé 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 SUVA 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). S'agissant de la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données salariales recueillies par la SUVA, le Tribunal fédéral exige, en sus de la production d'au moins cinq descriptions de poste de travail (DPT), 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. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié, ni admissible (ATF 129 V 472). En l'absence de DPT recueillies conformément aux exigences posées par la jurisprudence, il y a lieu de se fonder sur les statistiques salariales de l'OFS (cf. arrêt TF U 81/2005 du 14 juin 2006 consid. 3.2).

4. En droit des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles (art. 108 al. 1 let. c LAA). Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2; VSI 1994 p. 220 consid. 4; comp. ATF 125 III 238 consid. 4a). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3).

5. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références; ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). 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. 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). Le simple fait que le médecin consulté soit 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 présomption à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité de son 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 en ce qui concerne l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). Enfin, quant aux rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). 6. Il convient, dans un premier temps, d'examiner si les troubles d'ordre psychiatriques sont de la responsabilité de l'assurance-accidents, soit si la condition de la causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 16 juin 2013 est remplie. En application de la méthode préconisée par le Tribunal fédéral, il est nécessaire d'apprécier le degré de gravité de l'accident du 16 juin 2013. Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 L'assuré a glissé dans sa baignoire lorsqu'il allait prendre une douche. Cet événement doit être considéré comme insignifiant, voire, tout au plus, comme de peu de gravité. Au vu de son déroulement, il n'est manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé psychique de la victime. Cet événement ne peut pas être tenu pour la cause adéquate des troubles psychiques dont se plaint le recourant. Partant, les affections psychiques n'engagent pas la responsabilité de l'assurance-accidents. 7. Est ensuite litigieuse, dans le cadre du droit à la rente, la question de la capacité de travail de l'assuré, laquelle dépend d'une appréciation médicale de son état de santé, ainsi que le taux d'invalidité qui en découle.

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