

# FR\_GERICHTE 605 2017 141 vom 18. April 2018

FR Kantonsgericht, 2018-04-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2017\\_141](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_141)

FR: FR\_GERICHTE 605 2017 141 du 18 avril 2018

IT: FR\_GERICHTE 605 2017 141 del 18 aprile 2018

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 21

juin 2017 devant l'autorité de céans concluant, avec suite de frais et d'une indemnité de partie, à l'annulation de la décision sur opposition et, partant, principalement, à la poursuite de la prise en charge de son cas, subsidiairement, à l'octroi d'une rente entière, plus subsidiairement encore, au renvoi de la cause pour instruction complémentaire. Il fait tout d'abord valoir, rapports médicaux de ses médecins traitants à l'appui, que son état de santé n'est toujours pas stabilisé, atteint qu'il est désormais également au niveau de la coiffe des rotateurs de l'épaule, celle-ci nécessitant une intervention chirurgicale. Il expose ensuite que l'estimation du taux d'invalidité ne correspond pas à la réalité de son handicap réel, dès lors que les descriptions de poste de travail (DPT) retenues sont toutes inappropriées. Il préconise ainsi de recourir à l'usage des statistiques pour déterminer un revenu d'invalidé annuel moyen, sur lequel il s'impose encore selon lui d'opérer une réduction pour désavantage salarial, maximale, de 25%. Il ne conteste en revanche pas le taux d'atteinte à l'intégrité reconnu. Il a requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale pour toute la durée de la procédure. Dans ses observations, la SUVA, représentée par Me Antoine Schöni, avocat à Bienne, propose le rejet du recours, renvoyant pour l'essentiel aux considérants de sa décision. Après un second échange des écritures, les parties ont campé sur leurs positions. Le mandataire du recourant a été invité à déposer sa liste de frais avec ses contre-observations, mais il ne l'a pas fait. Il sera fait état du détail de leurs arguments dans les considérants en droit, pour autant que cela soit utile à la résolution du litige, considérants dans le cadre desquels seront notamment examinés leurs moyens de preuve. en droit 1. Interjeté auprès de l'autorité judiciaire compétente en temps utile et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 16 2. Selon l'art. 18 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), 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. 2.1. Ce qu'il faut entendre par "sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré" n'est pas décrit par le texte de la disposition légale. Eu égard au fait que l'assurance-accidents sociale vise, selon sa conception même, les personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4

LAA), cette notion est définie notamment par la mesure de l'amélioration attendue de la capacité de travail ou celle de sa reprise, pour autant que celle-là ait été influencée par un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Cette disposition délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à une rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé. Il ne suffit donc pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.3; RAMA 2005 p. 366), ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (arrêts TF U 305/03 du 31 août 2004 et U 89/95 du 21 novembre 1995; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd., 1989, p. 274).

2.2 Selon le Tribunal fédéral, le droit au traitement ne comprend pas toutes les mesures médicales imaginables mais uniquement celles qui, par des moyens adéquats, sont nécessaires à la guérison de l'atteinte à la santé; il s'ensuit que lesdites mesures doivent, suivant l'art. 54 LAA, se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement (ATF 136 V 141 consid. 4.1, 109 V 43 consid. 2a). Le traitement doit non seulement être approprié, c'est-à-dire adéquat, mais également économique. L'assuré a droit à des prestations médicales tant que l'on peut attendre de la continuation du traitement une amélioration notable de son état de santé (ATF 116 V 44 consid. 2c).

3. Aux termes de l'art. 8 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 LAA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale.

3.1. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en principe pas des atteintes invalidantes. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est en effet 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a et les références). Il découle de cette notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294).

4. En vertu 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.

4.1. Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose tout d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que

l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1). Si l'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 de l'assuré 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) (arrêt TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et les références). 4.2. 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; 125 V 456 consid. 5a et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références). 5. 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. 5.1. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide (revenu sans invalidité, ou de 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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 5.2. En ce qui concerne le revenu d'invalidé, on tient compte de la perte de gain effective si on peut admettre que la personne assurée utilise au mieux sa capacité résiduelle de travail et si le revenu obtenu est en adéquation avec la prestation fournie. On se fonde sur un revenu hypothétique lorsque la personne assurée ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident (FRÉSARD-FELLAY, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, Berne 2015, § 286 p. 421). 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'invalidé peut être évalué notamment, sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS). 5.2.1. 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'invalidé 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 (ATF 129 précité consid. 4.2.2). Lorsque le revenu

d'invalidité est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié, ni admissible (ATF 129 précité consid. 4.2.3). 5.2.2. Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). 5.3. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler. Sur la base de ces informations, les services de réadaptation professionnelle déterminent concrètement quels travaux on peut encore raisonnablement exiger (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; arrêt TF I 729/04 du 24 mars 2006 consid. 4.1 et 4.2). 6. Dans le cadre de l'examen du droit à la rente d'invalidité, seul ici discuté, est tout d'abord litigieuse la stabilisation de l'état de santé. Le recourant indique que son épaule droite n'est toujours pas remise.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 Qu'en est-il ? 6.1. Accident Ouvrier-maçon, le recourant a été victime d'un accident sur son lieu de travail le 5 octobre 2015. Cet événement a été déclaré comme suit: « debout sur l'échafaudage du coffrage du mur à 2.25 mètres de hauteur, il était en train de poser un pare vapeur à l'intérieur du mur, soudain en tirant dessus, il est tombé de l'échafaudage et a atterri de côté sur une pièce métallique en forme d'équerre » (déclaration du 6 octobre 2015, dossier SUVA, pièce 2). Plus tard, après enquête de la SUVA, des précisions ont pu être minutieusement apportées sur le déroulement des faits: « l'assuré était monté sur les ponts de travail sans protections latérales afin de mettre en place les plateaux en bois; il voulut ensuite positionner le complément de natte drainante sur la partie haute du mur à bétonner quand, vers 15h45, il tira sur un élément de natte drainante coincée dans une banche de coffrage. C'est alors qu'il fut déséquilibré par la libération subite de la natte drainante, perdit l'équilibre en glissant sur les plateaux en bois mouillés par la pluie, et chuta du pont de travail jusque sur la dalle en béton 2.25m en contre-bas » (dossier SUVA, pièce 41, p. 4). Après être tombé sur le côté droit, le recourant « s'est relevé seul après sa chute et marchait quand des collègues de travail sont accourus et lui ont apporté de l'aide; son collègue de travail est alors allé chercher le chef d'équipe qui était aux commandes de la machine de chantier sur la route d'accès au chantier. Une ambulance a été appelée et a emmené l'assuré au CHUV, centre hospitalier qu'il a pu quitter le 06.10.2015 vers 13h » (pièce précitée). Il est donc resté une nuit en observation à l'Hôpital. 6.2. Lésions constatées L'accident s'étant déroulé à Lausanne, le recourant a été transporté au CHUV. Le rapport de prise en charge fait certes état d'une - seule - fracture aux côtes du côté droit mais ne signale la présence d'aucune lésion sévère: « Trauma le 5.10.15 avec fractures de côtes (à droite sur le dossier). A eu CT-scan cérébro-thoraco-abdominal qui ne montre pas de lésion d'organe noble, et Rx épaule D sans fracture. Sur dossier, on fait mention de 3 fractures de côtes côté droit. A la visualisation du

CT, je ne les retrouve pas. Par contre fracture visible première côte à gauche. Pas de pneumothorax » (dossier SUVA, pièce 25). Il est revenu quelques jours plus tard à l'Hôpital, dans le cadre d'un suivi. Là encore, nul signe d'une gravité particulière: « Vient ce jour pour antalgie et prolongation de son AT. A pris en alternance Dafalgan, Irfen (qui aide beaucoup), et Oxycontin un peu aléatoire. Je lui explique les principes d'antalgie et les effets secondaires possibles. Il comprend bien. Me mentionne un prurit important, que je mets sur le compte de l'Oxycontin. Essai changement pour Tramadol ret et cp. Stop si toujours prurit. Fait bien ses exercices de respiration » (pièce précitée). A l'examen ce jour-là, tout est en effet normal: « Mobilité des poignets, coudes, épaules ok, pas d'argument pour éventuelle fracture clinique. Pas d'hématome franc retrouvé ce jour mais lésions de grattage dans le dos. Bonne mobilité cervicale. Discrète hypoventilation, mais bonne toux possible. Auscultation pulmonaire propre » (pièce précitée). A la fin du mois d'octobre, le médecin traitant, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ORL et chirurgie faciale ne trouve pas grand-chose à ajouter, sinon que le recourant a aussi été touché au

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 niveau de l'oreille et de la tempe droite: « Plaies de l'oreille droite et de la région temporale droite. Fractures de côtes. (...) L'arrêt de travail instauré par le CHUV est conditionné par les fractures de côtes, pour lesquelles le patient est suivi » (rapport médical intermédiaire du 26 octobre 2015, dossier SUVA, pièce 14). Le pronostic, toutefois, est « favorable pour le problème ORL » (pièce précitée). Surviendront, dans les semaines suivantes, des douleurs au niveau de l'épaule droite, dont l'appréciation de l'état est ici discutée.

6.2.1. Epaule droite Les premiers examens n'avaient rien laissé paraître à l'épaule droite. C'est au début du mois de novembre 2015 que l'imagerie a révélé une lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs: « D'emblée il existe une extravasation du produit de contraste dans la bourse sous-acromio-deltaïdienne témoignant d'une lésion transfixiante. Les radiographies réalisées en rotations interne, externe et axiale ne mettent pas en évidence de calcification à l'insertion de la coiffe ni de lésion osseuse. (...) Conclusion: lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs intéressant le secteur antéro-distal du sus-épineux sur une longueur de 9 mm. Pas d'autre lésion associée et ceci sous réserve de la qualité de l'examen (importants artéfacts de mouvements) » (imagerie du 3 novembre 2015, dossier SUVA, pièce 15). Une intervention chirurgicale était alors envisagée (dossier SUVA, pièce 18). Mais, à fin du même mois, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie, a estimé qu'un tel acte était contre-indiqué, vu l'apparition chez le recourant d'une décompensation et d'une majoration des symptômes: « Lors de son traumatisme, les examens du CHUV n'avaient pas mis en évidence, au CT cérébral et thoracoabdominal, de lésion majeure. Il en va de même au niveau de l'épaule. Sont décrites 3 fractures de l'hémi-thorax D. L'IRM du 3.11.2015 montre une lésion isolée du sus-épineux. (...) Pour ma part, je pense que ce patient est en pleine décompensation de son problème physique, avec une majoration de la symptomatologie au niveau de son épaule. Il est certain que chez un travailleur de force, membre dominant, une lésion du sus-épineux en 2 temps est peu probable, mais actuellement, pour ma part, je ne retiendrais pas d'indication chirurgicale. En effet, ce type de lésion doit d'abord bénéficier d'une prise en charge par un traitement conservateur » (rapport du 24 novembre 2015, dossier SUVA, pièce 26). Il préconisait, bien plutôt, de la rééducation via prise en charge multidisciplinaire: « Au vu de la présentation de ce patient, je pense qu'il serait souhaité qu'il soit pris en charge par la CRR, pour lui permettre d'avoir une rééducation bien centrée, et une prise en charge multidisciplinaire. Cette prise en charge me semble d'autant plus urgente que la présentation du patient est atypique » (rapport précité).

6.3. Prise en charge multidisciplinaire Le

recourant a dès lors séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR), du 12 janvier au

## E. 24

février 2016. Les spécialistes ont d'emblée confirmé la présence des lésions jusqu'alors constatées: « chute de 2 m avec rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule D. Plaie temporale D, une plaie au niveau de l'implantation de l'oreille D. Fracture 1, 6 et 7èmes côtes G non-déplacées », précisant toutefois que la problématique se situait désormais essentiellement au niveau de l'épaule droite: « Il persiste principalement des douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite, avec dans

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 un premier temps un traitement conservateur préconisé. Il est adressé à la CRR pour un complément de rééducation et bilan multidisciplinaire » (rapport CRR du 14 mars 2016, dossier SUVA, pièce 50). Le recourant est arrivé dans un contexte de plaintes et de douleurs: « A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont une douleur permanente avec parfois sensation de chaleur de toute l'épaule droite, avec une EVA à 5/10 et des pics douloureux à 8/10 lors des mobilisations. La douleur irradie sur le devant du bras, jusqu'au pli du coude et dans la nuque, et est augmentée par toutes les mobilisations, et diminuée par la prise des médicaments. Il signale qu'il manque de force au membre supérieur droit » (rapport précité, dossier SUVA, pièce 50, p. 3). Durant le séjour, des limitations ont été signalées au niveau de l'épaule droite, liées cependant également à la résistance du patient: « Epaules: (côté droit lésé chez patient droitier). Inspection: hypotrophie des infra- et supra-épineux ddc, prédominant légèrement à droite. L'épaule droite est positionnée plus basse. Palpation: douleurs diffuses lors de la palpation de l'épaule, mais qui sont plus importantes au niveau du sillon bicipital, avec irradiation au niveau du coude. Amplitudes: élévation antérieure 90° à droite en actif; 100° en passif (limitation sur résistance du patient); contre 165° à gauche. Abduction à droite 80° en actif; 90° en passif; contre 145° à gauche. Rotation interne par distance C7-pouce 49 cm à droite; 25 cm à gauche. Rotation externe en position RI coude au corps 30° en actif à droite; 45° en passif; contre 60° à gauche. Toutes les mobilisations sont douloureuses. Lors des essais de mobilisation en passif résistance musculaire du patient sur douleurs. Pas d'arrêt dur » (rapport précité, dossier SUVA, pièce 50, p. 2). Au niveau neurologique, on notait une baisse globale de force: « Baisse globale de force du membre supérieur droit, en raison des douleurs. Les réflexes sont faibles et symétriques » (rapport précité, dossier SUVA, pièce 50, p. 3). A la fin du séjour, il y avait une nette amélioration objective, observée notamment dans la récupération d'une amplitude des mouvements: « Au niveau des douleurs le patient déclare une amélioration significative, pourtant il perçoit encore une légère douleur sur la partie antérieur de l'épaule D en fin d'amplitude. Au niveau de ses capacités fonctionnelles actuelles il relève avoir plus de facilité à intégrer son MSD dans les AVQ. Il décrit encore des difficultés importantes dans les activités des MS au-dessus de la tête. Objectivement, on constate une nette amélioration au niveau de la mobilité active: flexion: 135°, abduction: 120°, RE: 45°, RI (P-C7): 30 cm » (rapport précité, dossier SUVA, pièce 50, p. 3). La présence, désormais, d'une tendinopathie chronique était évoquée: « Signes de tendinopathie chronique de la coiffe à D en particulier du sous-scapulaire et du sus-épineux avec minime calcification. Probable déchirure partielle du sous-scapulaire. On ne visualise pas le tendon du long chef du biceps dans sa gouttière. Absence de collection articulaire ou dans la bourse » (rapport d'ultrason de l'appareil locomoteur, dossier SUVA, pièce 51). 6.4. Stabilisation de l'état de santé 6.4.1. Au mois de mars 2016, soit à la fin du séjour à la CRR, l'état n'était certes pas encore stabilisé: « La

situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Une poursuite de physiothérapie ambulatoire (renforcement des abaisseurs de l'épaule, exercices de décoaptation de la tête humérale, physiothérapie à but d'antalgie) est proposée à visée d'améliorer la mobilité, la force et les douleurs, ce qui pourrait améliorer les limitations fonctionnelles. La date de la stabilisation médicale est difficile à évaluer chez ce patient qui présente une rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule D. Nous sommes à 5 mois

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 après le traumatisme et la situation devra être réévaluée régulièrement pour juger de l'amélioration clinique» (rapport CRR du 14 mars 2016, dossier SUVA, pièce 50) Pour autant, la nécessité de recourir à une opération avait été écartée quasi d'emblée. Au vu des particularités de ce cas atypique, un tel acte était en effet une nouvelle fois considéré comme contre-indiqué, seule une infiltration antalgique pouvant s'envisager:

« Au vu du contexte, on partage l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_ qu'il n'est pas raisonnable actuellement d'envisager un geste chirurgical. Une infiltration intra-articulaire pourrait éventuellement être essayée à but antalgique » (rapport CRR du 14 mars 2016, dossier SUVA, pièce 50). Il faut dire que l'évolution de la situation dépendait également de la consommation d'alcool du recourant, celle-ci sans rapport toutefois avec l'accident et ne sachant être prise en considération dans l'appréciation de la stabilisation de l'état de santé: « En conclusion, l'assuré présente une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule D chez un travailleur de force, associée à un problème d'éthylisme chronique. Au vu du contexte, je partage l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_ et je pense qu'il n'est pas raisonnable actuellement d'envisager un geste chirurgical. Poursuite de 13 séances de physiothérapie associant renforcement des abaisseurs de l'épaule, exercices de décoaptation de la tête humérale, physiothérapie à but d'antalgie. Si la douleur devait perdurer, je vous proposerais une infiltration sous-acromiale. Il va de soi que chez ce travailleur de force de 55 ans, la reprise d'une activité lourde risque d'être problématique. Vu le contexte, je ne suis pas sûr qu'avec une réparation, même très bien faite, le patient puisse dans le futur reprendre son activité professionnelle » (rapport du 5 février 2016 Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, dossier SUVA, pièce 51, p. 28). Au mois de juin 2016, le Dr C. \_\_\_\_\_ considérait en tous les cas que ce n'était plus guère la problématique de l'épaule qui entravait la reprise du travail: « Patient qui, suite à son évaluation à la SUVA du 12.1 au 24.2.2016, s'est libéré en ce qui concerne son amplitude articulaire. En effet, on arrive à une élévation d'environ 140°. une rotation externe de 40. Il persiste néanmoins dans tout un cortège symptomatique difficile. Actuellement absence de réveil nocturne. (...) Au vu du tropisme du patient, je ne pense pas qu'une prise en charge chirurgicale permettrait réellement de l'aider. En effet, la reprise du travail n'est certainement pas conditionnée pour la plus grande partie par son problème d'épaule » (rapport du 20 juin 2016, dossier SUVA, pièce 69). 6.4.2. Dans de telles conditions, il n'était pas contraire au droit de déclarer l'état de santé stabilisé au mois de novembre 2016 du point de vue du droit de

l'assurance-accidents. C'était là l'opinion de la Prof Dresse E. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, qui constatait tout d'abord que, aux dires même du recourant, le traitement des atteintes - au demeurant essentiellement conservateur - n'était plus d'actualité: « A la demande de savoir comment va son état de santé un an après l'accident d'octobre 2015, il dit que « ça va ». Le problème principal est l'épaule G avec un problème pour la mobilité, il n'arrive pas à la soulever (il montre une abduction de 100° D) et en plus il a des douleurs estimées sur l'échelle EVA à 7. Il prend des médicaments seulement en réserve. Il ne prend plus de morphine. Il n'a pas le nom exact de son médicament mais il en prend environ 6 cp par semaine. Il a arrêté la physiothérapie

et fait des auto-exercices chaque jour, environ durant 5 minutes. Comme 2ème problème, il mentionne sa nuque avec irradiations sous-mandibulaires G et aussi vers le dos, qu'il avait déjà signalées plusieurs fois au médecin depuis l'accident. Comme 3ème problème, il dit qu'il a des douleurs au niveau de l'oreille D depuis l'accident. Parfois, ça passe de l'autre côté et avec un raisonnement d'une intensité infernale. Il a été vu pour cet accident sans traitement ou

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 diagnostic spécifique mais va revoir un ORL cette semaine à Bulle à son initiative pour ses 2 oreilles » (rapport d'examen final du 16 novembre 2016, dossier SUVA, pièce 92). L'état de l'assuré était dès lors pour elle stabilisé: « L'assuré, maçon, a fait une chute d'environ 2 m sur un chantier avec réception sur le côté D avec les diagnostics et traitements susmentionnés. Comme uniques fractures, des fractures de 3 côtes à D ont été diagnostiquées. De plus, par la suite, une lésion à la coiffe des rotateurs au niveau de l'épaule D a été objectivée par l'IRM sans indication chirurgicale selon l'orthopédiste chirurgien le Dr C. \_\_\_\_\_, HFR Riaz. L'assuré a séjourné à la CRR du 12.01.2016 au 24.02.2016 avec des limitations fonctionnelles provisoires prononcées. L'assuré signale ce jour des douleurs importantes en niveau de l'oreille D interne, parfois aussi à G, présentes en forme légère depuis l'événement avec un rendez-vous demandé par lui cette semaine. En réserve de cette consultation prévu, aucune lésion à l'oreille D liée à l'accident 2015 n'est à assumer vu l'absence des symptômes et les investigations détaillées suite à l'accident, ni symptômes comme vertige, nystagmus. Sur la base de l'examen de ce jour et des documents médicaux à disposition, la situation est stabilisée. L'assurée est motivé à trouver un travail adapté sans aucune incohérence montrée durant l'examen de ce jour » (rapport précité). Par ailleurs, force est de constater que, dès le départ, les lésions accidentelles subies n'avaient pas paru d'une gravité susceptible de générer une instabilité de l'état de santé au-delà d'un an, la thèse préliminaire du recourant ne sachant manifestement être suivie. A priori, ces lésions n'allaient pas non plus entraîner une incapacité de travail importante. Quoi qu'il en soit, seules les limitations objectives occasionnées par les strictes séquelles accidentelles doivent maintenant être prises en compte dans la détermination du degré d'invalidité, respectivement, du revenu d'invalidité.

7. Est à cet égard encore implicitement litigieuse l'étendue de la responsabilité de l'assurance- accidents.

7.1. Autres atteintes Le recourant indique avoir été touché au niveau de la tête et laisse entendre, souffrant de troubles auditifs, qu'il serait atteint au niveau de l'oreille interne. Quoi qu'il en dise, aucun trouble significatif (de type vertiges, maux de tête ou confusion), ni prise en charge particulière, n'ont été signalés par les spécialistes du CHUV, établissement que le recourant, alors principalement atteint aux côtes, avait quitté le lendemain après une seule nuit d'observation. L'on ne saurait ainsi retenir qu'il a été victime d'un traumatisme crânien sérieux - pas mentionné après un CT scan cérébral pourtant pratiqué au CHUV -, d'autant moins que cette piste n'a pas non plus été évoquée lors du séjour à la CRR. Il apparaît en fin de compte que les troubles auditifs seraient en fait liés à la présence de bouchons de cire dans le conduit auditif qui n'auraient rien à voir avec l'accident (cf. rapport du

## **E. 25**

novembre 2016 du Dr B. \_\_\_\_\_, dossier SUVA, pièce 95). Que ces problèmes, dont la portée invalidante n'est ici nullement établie, aient été constatés après cet événement, cela ne saurait dire encore qu'ils ont bien été causés par lui.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 Au demeurant, les séquelles situées au niveau de la tempe ne sauraient être qualifiées d'importantes vues de l'extérieur: « Pas de trouble de la sensibilité, sauf une petite hypoesthésie au niveau de la cicatrice de l'oreille. Pas de Tinel au niveau des cicatrices de l'oreille et de la tempe droites » (rapport sortie CRR, dossier SUVA, pièce 50, p. 3). A côté de cette atteinte que l'on peut qualifier de périphérique, il existe en revanche des facteurs sans lien avec l'accident qui paraissent néanmoins influencer le tableau, sans devoir entraîner la responsabilité de l'assureur-accidents. 7.2. Facteurs étrangers à l'accident Dans l'accomplissement des mouvements de l'épaule de droite, des autolimitations ont été remarquées dès le départ: « La qualité de l'examen est moyenne en raison des artefacts de mouvements malgré la répétition de plusieurs séquences (position algique » (imagerie du 3 novembre 2015, dossier SUVA, pièce 15). Au point même que les examens ont pu être faussés: « L'examen clinique est excessivement difficile. En passif, en prenant le temps, on arrive à une élévation complète. En actif ceci est très variable au cours du temps, mais on arrive à obtenir au moins 130° d'élévation. Les tests de coiffe sont bien sûr instables. Les tentatives d'examen neurologique varient fortement au cours du temps. On ne retrouve pas de trouble vasculaire en distalité » (rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 24 novembre 2015, dossier SUVA, pièce 26). Ces autolimitations étaient de nature à entraîner, à court terme déjà, un déconditionnement du bras droit, sans doute exagérément préservé lors des activités réalisées en atelier à la CRR: « remarques: l'assuré prend le plus souvent le matériel [intercalaires et séparations dans des dossiers suspendus] avec la main gauche » (dossier SUVA, pièce 51, p. 17). A côté de cela, il faut à nouveau évoquer la consommation d'alcool constatée notamment lors du séjour à la CRR, laquelle induisait un tremblement observable: « consommation chronique d'OH »; « Le bilan sanguin d'entrée montre une perturbation de tests hépatiques dans le contexte de consommation d'OH chronique, raison pour laquelle le traitement antalgique par Dafalgan est évité. A la sortie les examens de laboratoire montrent une amélioration au niveau des tests hépatiques, et nous proposons de reconstruire ce bilan à distance chez son médecin-traitant. Sur le plan médicamenteux, on introduit du Seresta en réserve au vu du risque de sevrage OH, traitement qui est pris très peu pendant le séjour et sans signes de sevrage OH particuliers à part le tremblement. De plus, dans ce contexte, nous avons instauré un traitement de Becozym et Benerva qui pourrait être arrêté à distance » (rapport de CRR du 14 mars 2016, dossier SUVA, pièce 50). Il y aurait d'ailleurs eu des épisodes d'éthylisme durant ce dernier séjour, tant et si bien que ce problème était alors même passé au premier plan: « Depuis son arrivée, le patient a également présenté plusieurs épisodes d'intoxication alcoolique. Actuellement, le problème alcoolique semble au premier plan par rapport au problème de sa ceinture scapulaire D » (consultation orthopédique CRR, dossier SUVA, pièce 51, p. 27). Ont encore été cités des antécédents au niveau psychique: « syndrome dépressif il y a 10 ans » (rapport CRR du 14 mars 2016, dossier SUVA, pièce 50). Tout ceci peut expliquer la décompensation soudaine, quelques semaines après un accident aux conséquences ne sachant se qualifier de particulièrement graves (une seule fracture costale

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 finalement décelée). Cette décompensation avait rendu tout acte chirurgical contre-indiqué, donnant à penser que la problématique physique sortait du strict cadre de la médecine. Dite problématique ne peut aujourd'hui plus véritablement s'expliquer par l'accident, si l'on se réfère à l'opinion exposée plus haut du Dr C. \_\_\_\_\_. D'autant moins que, à côté de tout cela, vient encore s'ajouter une précarité pouvant achever de convaincre le recourant, âgé de 54 ans au moment de l'accident, qu'il est bien

plus invalide qu'il ne l'est en réalité: « Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient tel qu'une kinésiophobie, la consommation chronique d'alcool, le contexte social actuellement difficile (en cours de divorce) et l'absence de contrat de travail » (rapport CRR du 14 mars 2016, dossier SUVA, pièce 50) 8. Le taux d'invalidité reste à déterminer. 8.1. Capacité de travail Il n'est, ici encore, pas contraire au droit, vu ce qui précède et la présence des facteurs étrangers à l'accident qui influencent le tableau, de retenir une capacité de travail entière dans le cadre d'une activité adaptée au handicap objectivement causé par l'accident. Ce constat s'accorde avec les rapports des médecins. Au mois de mars 2016, les spécialistes de la CRR laissaient augurer d'un recouvrement de la capacité: « Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable. Nous nous tenons à disposition pour une éventuelle phase ECP (évaluation des capacités professionnelles) lorsque les conditions seront remplies (dépôt de la demande AI) » (rapport du 14 mars 2016, dossier SUVA, pièce 50). Seuls des facteurs étrangers à l'accident paraissaient alors ternir cette perspective: « Par contre, un cours de français semble au préalable nécessaire pour qu'une prise en charge la plus optimale possible puisse avoir lieu » (rapport précité). Pour le médecin d'arrondissement, la capacité de travail est entière dans une activité adaptée respectant certains mouvements: « Dans un travail adapté, la capacité de travail (horaire et rendement) est de 100%, respectant les limitations suivantes: pas de travail de force et port de charges au-dessus du plan scapulaire avec le MSD, positions en porte-à-faux, mouvements répétitifs avec le MSD. Pas travail avec/sur échelles, échafaudage » (rapport d'examen final du 16 novembre 2016, dossier SUVA, pièce 92). Ceci va dans le droit sens, au demeurant, de l'obligation du recourant de diminuer son dommage. 8.2. Activité exigible, choix des DPT Ce dernier estime en substance qu'aucune des DPT sélectionnées ne cadre avec son handicap. 8.2.1. L'on rappellera, sur ce point, que les séquelles engendrées par des atteintes sans lien avec l'accident, et que l'assurance-accidents n'a dès lors pas à assumer, ne peuvent être prises ici en compte. Cela concerne, essentiellement, la problématique liée à la consommation de l'alcool, dont il est hautement probable, comme l'ont suggéré les spécialistes de la CRR, qu'elle soit à l'origine d'un tremblement des deux mains - et non uniquement de la main droite, qui serait alors induit par

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 l'épaule faiblissante: « A notre demande quant à une problématique de consommation d'alcool, l'assuré mentionne boire un verre de rouge et une bière par jour. Il précise ne pas être en sevrage. Dans la discussion, il mentionne finalement qu'il a passé différents tests chez son médecin et que la problématique de l'alcool sera abordée lors des résultats de ces examens. Le soussigné lui a fait remarquer qu'il tremblait beaucoup lors de la signature de la procuration qu'il a signée. L'assuré indique que ça provient de la nervosité » (rapport SUVA du 17 mai 2016, dossier SUVA, pièce 62). Les seules limitations à respecter ont bien été définies en atelier CRR: « Aspects pénalisant l'intégration socio-professionnelle liés au handicap: la position problématique est: les activités en-dessus du plan des épaules » (dossier SUVA, pièce 51, p. 14). Le tremblement des mains était cité comme faisant partie d'une liste d'obstacles non liés au handicap: « L'assuré est à ce jour incapable de se projeter dans un avenir professionnel différent. Il présente de nombreux tremblements au niveau des mains lors des activités. Il a présenté de grandes difficultés dans la compréhension de consignes données oralement ainsi que dans la compréhension de consignes données sous forme écrite. Un modèle en 3 dimensions et de nombreux conseils donnés par le MSP n'a pas pu aider le patient » (pièce précitée). 8.2.2.

En dépit de cela, le recourant soutient que les DPT retenues ne respectent pas les limitations physiques constatées et tout particulièrement, le fait qu'il ne peut pratiquement plus utiliser ses deux mains pour des travaux de précision ou de finition, atteint qu'il est de tremblements. L'usage répétitif du bras droit, prévu pour tous les postes, serait selon lui également proscrit. Ces griefs sont infondés. Non seulement le tremblement des mains n'est, selon toute vraisemblance, pas en relation avec l'accident. Mais encore les cinq DPT sélectionnées répondent aux exigences fixées en atelier CRR. Les critiques du recourant ne résistent pas, de ce point de vue, aux descriptions littérales des postes (dossier SUVA, pièce 106), dont on ne saurait gratuitement supputer qu'elles ne correspondent pas à la réalité. La DPT no 5825 décrit ainsi l'activité de constructeur de palan: « Cet employé est engagé à la demande de collègues, pour amener des paquets de barres de fer rond ou des bobines de fer enroulé jusqu'à proximité des machines à façonner, cas échéant à reprendre des paquets de fers travaillés pour les charger sur des camions ou les amener dans la zone de stock. Pour cela, il se trouve au sol et tient un boîtier de commande dans une main. Il n'a rien à porter, tout au plus à donner une impulsion à la charge suspendue pour l'aligner. Bien que les charges transportées soient lourdes, son propre travail n'a rien de lourd. C'est l'expérience qui amène une certaine finesse dans la commande du palan ». La DPT no 11527 celle de livreur automobile: « Livraison des pièces automobiles (batteries, pneus, pot d'échappements etc.) ». La DPT no 11553 celle d'ouvrier-rectifieur: « Entreprise active dans le rectifiage et la finition de pièces destinées à l'horlogerie, les instruments de mesure, le domaine médical, etc. Au rectifiage, le responsable du service effectue les réglages de la machine. Ensuite, l'ouvrier effectue le travail sur les pièces. Pour l'essentiel, ces dernières pèsent quelques grammes et les poids ne dépassent

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 pas les 4 à 5 kg au total. Il n'y a pas d'outil à utiliser et la manutention quotidienne se situe dans une fourchette de 30 minutes à 3 heures à peine. Elle se répartit entre quelques travaux d'emballage, de tri et de comptage qui se font debout mais ne représentent pas plus de 20% du temps de travail moyen. Selon la précision exigée, toutes les 3 ou 4 pièces, on doit utiliser un micromètre pour contrôler ». La DPT no 8449 celle d'ouvrier-monteur: « entreprise qui fabrique des instruments et systèmes de mesure. Il s'agit d'un poste de travail essentiellement assis, devant un ordinateur, consistant à créer un certificat d'étalonnage pour des micromètres ou indicateurs de petits gabarits jusqu'à 100 mm au maximum. Il consiste à déballer l'appareil avant d'en faire un contrôle visuel. Il faut ensuite contrôler que l'identification apparaissant à l'écran de ce micromètre soit exacte tout comme les données de mesure. Si c'est le cas, l'employé imprime le certificat d'étalonnage, l'intègre dans la boîte d'emballage avec le micromètre, referme cette boîte et l'identifie avec une étiquette ». La DPT no 34319, enfin, celle d'ouvrier-rectifieur-tourneur: « Entreprise active dans la fabrication de pièces mécaniques en résine synthétique. Activité de tourneur-rectifieur, CFC pas indispensable. Les pièces à travailler sont légères et n'atteignent que rarement 5 kg au maximum. L'un des employés s'occupe en plus de gérer le stock de moules au sous-sol II n'a rien à porter mais on se déplace régulièrement et il y a des escaliers ». On ne peut retenir, comme le dit implicitement le recourant, que dans chacun de ces postes, il serait amené à accomplir des mouvements répétitifs du bras droit et à régulièrement porter des charges et lever l'épaule au-delà du raisonnable. Le penser serait, dans les faits, se résoudre à accepter qu'il ne puisse plus du tout utiliser son bras droit, ce qui n'est pas le cas. 8.2.3. On constate que ses critiques traduisent, bien plus qu'un véritable grief, la manifestation d'un désaccord de principe émis dans le but d'écarter le revenu d'invalidité retenu au profit d'un revenu statistique moyen sur lequel il lui serait encore

loisible d'opérer une réduction pour désavantage salarial. Comme l'expose la jurisprudence, il ne se justifie pas de procéder à un abattement pour cause de désavantage salarial sur un revenu d'invalidé fixé sur la base des DPT, censées correspondre à des salaires qui seraient effectivement versés par des employeurs de la région dans des postes spécialement adaptés au handicap, et qui ne se basent ainsi nullement sur des statistiques qu'il y aurait lieu d'affiner. Cette méthode de détermination du revenu d'invalidé est propre à l'assurance-accidents. Or, en procédant à un tel abattement, l'on retiendrait des désavantages principalement dus à la situation personnelle de l'assuré (à savoir l'âge, les années de service, la nationalité ou encore la catégorie d'autorisation de séjour) dont on peut même se demander s'ils devraient être assumés par l'assureur-accidents qui n'a en principe pas à couvrir un tel « risque », d'autant moins que celui-ci paraît en tel cas lié aux perspectives d'une réadaptation professionnelle, autre risque qu'il ne doit pas non plus assumer. Cela étant, la capacité du recourant demeurant entière, un tel abattement n'aurait pas non plus lieu d'être pour combler tout éventuel désavantage découlant d'un taux d'occupation partiel.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 9. Il découle de tout ce qui précède que la responsabilité de l'assurance-accidents ne peut en l'espèce être plus engagée qu'il n'a été retenu dans la décision sur opposition, conforme tout à la fois aux observations médicales et aux exigences légales. Les limitations désormais alléguées, sans lien véritable avec l'accident, ne sauraient en effet être assumées par la SUVA. Infondé, le recours est ainsi rejeté. 9.1. Frais et dépens La procédure étant gratuite en assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais de justice. Collectivité publique au sens de l'art. 139 du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), la SUVA qui obtient gain de cause n'a pas non plus droit à des dépens. 9.2. Indemnité / AJT Le recourant réclame le bénéfice de l'assistance judiciaire totale. Les conditions d'indigence paraissant établies et le recours ne sachant être ici être déclaré d'emblée dénué de toute chance de succès dès lors qu'il s'est notamment agi de précisément déterminer quelles étaient les limitations objectivement en lien avec l'accident, les conditions d'octroi d'une telle assistance sont réunies (CPJA 142 al. 1 et 2). Le mandataire a été invité à déposer sa liste de frais le 21 novembre 2017, mais il ne l'a pas fait. Il se justifie dans ces conditions de fixer l'indemnité de partie par le biais d'un forfait de CHF 2'160.-, sur lequel se greffe une TVA de 8% (CHF 172.80). Cette indemnité tient compte d'une douzaine d'heures de travail à effectuer dans le cadre de cette affaire ne présentant pas de difficultés particulières, au tarif horaire de CHF 180.- ici applicable. Au final, c'est une indemnité de CHF 2'332.80 qui est accordée. Elle est prise en charge par l'Etat.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête: I. Le recours (605 2017 141) est rejeté. Partant, la décision sur opposition est confirmée. II. La requête d'assistance judiciaire (605 2017 142) est accordée. Me Guillaume Bénard, avocat, est désigné défenseur d'office. III. Une indemnité de CHF 2'332.80 (TVA de 8% comprise) est octroyée au défenseur d'office. Elle est prise en charge par l'Etat. IV. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens à la SUVA. V. 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 18 avril 2018 /mbo Le Président: Le Greffier stagiaire:

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