

FR_GERICHTE 605 2017 150 vom 6. Februar 2018

FR Kantonsgericht, 2018-02-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_150

FR: FR_GERICHTE 605 2017 150 du 6 février 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 150 del 6 febbraio 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

Est d'abord litigieux le lien de causalité entre l'accident du 11 juillet 2014 et les troubles psychiques dont se prévaut le recourant. a) En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. D'après l'art. 4 de la loi 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 qui entraîne la mort. b) 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. Il suppose en outre un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel 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; 129 V 401 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, 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 (ATF 117 V 359 consid. 6; 117 V 369 consid. 4; 115 V 133 consid. 6; 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un

Tribunal cantonal TC Page 4 de 17 accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV no 23 p. 67) ou d'un traumatisme crânio-cervical (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV no 8 consid. 2 et les références). c) La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et notamment les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime (ATF 115 V 133, 105 V 403). Elle a tout d'abord classé 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. 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). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêts TF 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV Nr. 3; 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV Nr. 23 p. 84). La gravité des lésions subies ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêt TF 8C_826/2011 du 17 décembre 2012 consid. 6.1 et les références). Sont réputés de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés comme accident de peu de gravité ou comme accident grave. Dans ce cas, il convient ensuite d'examiner les critères prévus par la jurisprudence pour admettre la présence d'un lien de causalité adéquate dans le cadre d'un accident de gravité moyenne. Les critères les plus importants sont les suivants: ■ 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. Au minimum trois des critères précités doivent être remplis pour admettre la causalité adéquate s'agissant des accidents de gravité moyenne si aucun d'entre eux n'est présent de manière

Tribunal cantonal TC Page 5 de 17 prépondérante. Dans les accidents de gravité moyenne, mais à la limite des accidents de peu de gravité, quatre critères doivent en revanche être remplis (arrêts TF 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5 et 8C_935/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.1.3).

E. 3

L'autorité intimée considère tout d'abord que les troubles psychiques ne sont pas en lien de causalité adéquate avec l'accident du 11 juillet 2014, ce que l'assuré conteste. Il convient de

se référer au dossier. a) Au vu des forces générées par l'accident, se faire écraser le pied par une excavatrice (cf. dossier SUVA, pièce 97) doit être qualifié comme étant un accident de gravité moyenne au sens strict. Si cet événement pouvait certes impressionner la personne qui en est victime, il s'est déroulé durant l'activité professionnelle du recourant sans qu'il ne soit fait état de circonstances particulières. Partant, on ne saurait considérer que le déroulement de l'accident ait été particulièrement dramatique, à tout le moins pas pour lui. En présence d'une amputation ainsi que de la mise en place de greffes de peau en août 2014, la durée du traitement ne saurait être qualifiée de particulièrement longue, la dernière opération ayant été effectuée en mai 2015, soit moins d'un an après l'accident. Depuis juillet 2015, le traitement est essentiellement antalgique (Lyrica®, Tramal® et Dafalgan®) et conservateur sous la forme de physiothérapie et d'ergothérapie (cf dossier SUVA, pièce 132; cf. ég. pièces 142, 217, 238 et 247). En outre, contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait retenir que des difficultés importantes seraient apparues au cours de la guérison. Si les médecins ont, dans un premier temps, renoncé à procéder à une amputation, c'est pour laisser au membre inférieur une chance de récupération. En présence de nécroses – lesquelles n'étaient manifestement pas une surprise à la lecture des rapports opératoires (cf. dossier SUVA, pièces 34 et 35) – les médecins ont procédé à l'opération. Il s'agissait d'un choix délibéré du corps médical, qui ne saurait, par ailleurs, aucunement procéder de l'erreur. Les médecins du recourant attestent jusqu'à ce jour de son incapacité de travail (cf. not. dossier SUVA, pièces 125, 142, 212 et 247). Le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail semble dès lors, au premier abord, rempli. Cela étant, depuis juillet 2015, les médecins décrivent une situation inhabituelle au regard du bilan objectif. En particulier, les médecins de la Clinique C._____ mentionnent qu'il existe "un risque important de mise en échec des mesures de réadaptation par peur d'une complication qui entraînerait l'amputation du pied [...]. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives [...] mais les facteurs contextuels et psychologiques mentionnés ci-dessus influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient et limitent l'engagement dans la réadaptation" (dossier SUVA, pièce 132). De même, dans un rapport d'examen dont la valeur probante sera confirmée ci-après (cf. consid. 5), la Dresse D._____, spécialiste FMH en neurochirurgie, médecin d'arrondissement, souligne que "des facteurs contextuels psychologiques influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient et limite l'engagement dans la réadaptation et potentiellement une reprise de travail dans le futur" (dossier SUVA, pièce 238).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17 Enfin, on peut douter que les deux critères restants – soit celui des douleurs physiques persistantes ainsi que celui de la gravité ou la nature particulière des lésions physiques – sont remplis. En particulier, ainsi qu'il a été relevé ci-avant, l'état de santé du recourant semble influencé, de manière non négligeable, par des facteurs extra-médicaux lesquels ne permettent pas de rattacher les douleurs aux suites de l'accident, à tout le moins selon le degré de la vraisemblance prépondérante. Les différents critères en lien avec l'examen de la causalité adéquate n'étant pas remplis, il paraît difficile d'admettre l'existence d'un tel lien entre l'accident et les troubles psychiques allégués. b) Quoi qu'il en soit, même si l'on devait considérer que les facteurs de l'incapacité de travail, de la persistance des douleurs physiques et de la gravité des lésions physiques étaient à la limite d'être remplis, on devrait tout de même nier l'existence d'un lien de causalité adéquate en l'espèce. En effet, aucun diagnostic d'ordre psychiatrique n'a été évoqué dans le dossier jusqu'en février 2017, soit près de quatre ans après l'accident. Certes, les médecins de la

Clinique C. _____ mentionnent la présence d'un moral bas et de stress lors de son séjour de juin 2015. Ils indiquent cependant que "sur le plan psychiatrique [il n'y a] pas de diagnostic retenu" (dossier OAI, pièce 132). De même, la Dresse D. _____ précise que le recourant prétend, à la fin de l'examen, souffrir de "problèmes psychologiques et [...] aimerait reprendre un traitement qu'il avait arrêté" (dossier SUVA, pièce 238). Ainsi, s'ils font état des plaintes de l'examiné, ces médecins n'émettent pas de diagnostic et n'indiquent pas qu'il existe un quelconque suivi. De facto, ils tendent plutôt à rapporter l'existence de "facteurs contextuels psychologiques [qui] influencent négativement les aptitudes fonctionnelles" (cf. dossier SUVA, pièce 238), soit des facteurs extra-médicaux qui ne sont pas à charge de l'assurance- accidents. Pour leurs parts, les médecins du recourant ne font pas, non plus, allusion à la présence de tels troubles, voire même d'un moral affaibli ou d'une médication de type psychotrope ou antidépressive (cf. not. dossier SUVA, pièces 54, 57, 99, 110, 125, 142, 212, 217, 226 et 247). De même, lors de leurs entretiens avec la SUVA, le recourant ou ses proches ne mentionnent quant à eux pas une atteinte de ce genre ou d'un suivi par un psychiatre (cf. not. dossier SUVA, pièces 21, 27, 72, 196 et 197). Tout au plus, lors d'un entretien du 2 octobre 2015, le recourant indiquait réfléchir à reprendre le suivi auprès d'une psychologue dès lors qu'il était stressé et de mauvaise humeur (dossier SUVA, pièce 147). Cette réflexion sera toujours en cours plus d'un an plus tard lorsque le recourant rencontrera la Dresse D. _____ pour examen médical. Elle ne sera, par contre, pas concrétisée par un début de suivi (dossier SUVA, pièce 238). Le seul document médical attestant que le recourant s'est présenté à un rendez-vous avec un psychiatre date du 27 février 2017, le Dr E. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans ce certificat, le médecin indique avoir "été amené [le] à rencontrer" à une date indéterminée. Si le médecin n'émet aucun diagnostic ni n'atteste d'un quelconque suivi régulier, il affirme qu'il lui "semble impossible de pas tenir compte de répercussion psychologique sévère, imputable directement à cet accident et à ces conséquences. En effet, ce patient ne présentait aucun trouble psychiatrique dans ses antécédents, ce qui n'est plus le cas actuellement" (bordereau recours, pièce 8). A leur lecture, les conclusions du médecin sont donc essentiellement fondées sur le principe "après l'accident, donc à cause de l'accident". Ce principe ne permet pas

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 d'établir un lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. ATF 119 V 341 consid. 2b/bb). Or, la Cour s'étonne que le recourant n'ait invoqué souffrir des conséquences psychiques de l'accident qu'à partir du 13 mars 2017, soit après que la SUVA ait annoncé qu'elle cesserait de lui verser des indemnités journalières par décision du 8 février 2017. Les troubles n'avaient jamais été allégués avant l'émergence d'un conflit avec l'assurance. Pourtant, si l'on devait le suivre dans son raisonnement – en particulier sur la sévérité des répercussions – de tels troubles auraient probablement été allégués et suivis bien plus tôt. La réaction aigüe à un facteur de stress est, par exemple, de quelques minutes. Pour sa part, la période séparant la survenue d'un traumatisme et celle de l'état de stress post-traumatique peut varier de quelques semaines à quelques mois (cf. ICD-10, F43ss). Dans ces circonstances, alors que la présence de facteurs extra-médicaux a déjà été relevée par la Cour, l'éventuel causalité entre l'accident et les troubles d'ordre psychique serait rompue. c) Ainsi, la Cour retient que l'écrasement d'un pied par une excavatrice, même s'il ne constitue pas un événement anodin, n'est pas propre, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, à entraîner des troubles psychiques, qui plus est dont la survenance n'est alléguée que quatre ans plus tard. C'est ainsi à juste titre que l'autorité intimée a estimé ne pas avoir à prester pour lesdits

troubles qui n'engagent pas sa responsabilité.

E. 4

Le recourant conteste ensuite la cessation du versement d'indemnités journalières, soutenant que son état de santé n'est pas stabilisé. a) L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). De même, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). b) 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

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 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).

E. 5

a) Dans son rapport du 21 novembre 2016, la Dresse D._____ affirme que "sur la base des documents médicaux à disposition, l'examen, et du point de vue de l'assuré, la situation est stabilisée" (dossier SUVA, pièce 238). Le médecin d'arrondissement mentionne exclusivement le suivi de traitements essentiellement conservateurs tels que des "chaussures orthopédiques sur mesures", le "suivi d'une plaie ouverte chronique au dessous du pied [gauche]" et le "suivi de la douleur". On rappellera qu'un traitement conservateur – tels ceux relevés par le médecin d'arrondissement – n'est pas de nature à apporter une notable amélioration de l'état de santé, uniquement à le maintenir. b) Le raisonnement de la Dresse D._____ est au demeurant confirmé par les pièces du dossier. Les médecins de F._____ – en dernier lieu la Dresse G._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur – affirment qu'"on ne voit pas d'autre traitement orthopédique à proposer", l'assuré, informé de la présence de risques majeurs, ayant renoncé à subir une arthrolyse de la cheville. Elle conclut dès lors qu'"on arrive donc à une stabilisation de la situation du point de vue orthopédique" (dossier SUVA, pièce 217). Un de ses prédécesseurs, le Dr H._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, soutenait au demeurant en juillet 2015 déjà qu'il fallait "discuter d'une éventuelle reconversion professionnelle" (dossier SUVA, pièce 142).

Pour sa part, lors d'un entretien avec la SUVA le 19 janvier 2016, l'épouse du recourant avait indiqué que l'état de santé de son époux n'avait pas changé (dossier SUVA, pièce 178; cf. ég. pièce 197). De même, la physiothérapeute du recourant a admis que l'état de santé était stable et que son patient "muss mit seinen Schmerzen umzugehen lernen" lors d'un entretien téléphonique du 3 février 2016 (dossier SUVA, pièce 187). Enfin, le Dr I. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, n'envisage pas de traitement des troubles qui ne soit pas conservateur ("réévaluation de l'articulation", "contrôles réguliers et méticuleux [du] lambeau", "évaluation du potentiel de travail"). Au contraire, il indique expressément que son patient "va garder les douleurs chroniques dans son pied" (bordereau recours, pièce 4). c) Ces éléments permettent de conclure qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré. Il s'agit ici de la définition même de la stabilisation de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA. En présence d'un état de santé stabilité, il convient de confirmer le départ d'un éventuel droit à la rente d'invalidité au 1er mars 2017.

E. 6

Est encore litigieuse la question du droit à la rente du recourant.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 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. 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. 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. 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). En ce qui concerne le revenu d'invalide, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n° U 168 p. 97 consid. 3b). Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310). Il convient en effet d'évaluer le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Si l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué, notamment, sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il est également possible de recourir à une enquête menée par la 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 cette dernière méthode, 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). b) 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 établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). A cet égard, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). L'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Enfin, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de

l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 17

E. 7

Dans le cadre de la problématique du droit à la rente, la question de la capacité de travail résiduelle de l'assuré doit d'abord être examinée. a) L'autorité intimée se prévaut des conclusions de sa médecin d'arrondissement, la Dresse D. _____. Celle-ci soutient que le recourant est en mesure de travailler dans une activité adaptée à 100%, compte tenu d'une baisse de rendement de 30%. Une telle activité doit être faite en position assise, avec possibilité de changer de position, ainsi que permettre au recourant de prendre des pauses pour soulager ses douleurs (dossier SUVA, pièce 238). Ce rapport se fonde d'abord sur l'étude du dossier assécurologique, par le biais de laquelle la doctoresse a été en mesure de posséder une pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical ou professionnel. En outre, cette dernière a rencontré le recourant et son épouse lors d'un entretien le 21 novembre 2016. A cette occasion, celui-ci a pu décrire ses troubles ainsi que les facteurs aggravants à ses douleurs – évaluées au repos à 6/7 sur une échelle de 10 – que sont le maintien de la position assise et la marche. Il a aussi pu expliquer quelles étaient les activités qu'il ne s'estimait plus en mesure de faire. Pour sa part, la doctoresse a pu procéder à un examen complet de l'assuré, mettant l'accent sur les membres inférieurs, en mouvement ou en repos. Le rapport est dès lors fondé sur des examens complets. La doctoresse motive ses conclusions, relevant notamment que les limitations fonctionnelles et les plaintes sont expliquées par les lésions au niveau de la cheville et du pied gauche ainsi que des douleurs au niveau de la cuisse droite. En outre, sur le plan diagnostique, elle se rattache aux avis des autres praticiens ayant examiné le recourant. A cet égard, on peut en outre relever que si ces derniers n'avaient pas quantifié la capacité de travail de leur patient, ils admettaient, à tout le moins implicitement, l'existence d'une capacité résiduelle lorsqu'ils invitaient à "évaluer la situation professionnelle de ce jeune patient de 40 ans" (cf. not. dossier SUVA, pièces 142 et 217). En tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels, le rapport de la Dresse D. _____ possède une pleine valeur probante. b) Pour sa part, le recourant se prévaut de l'avis de Dr I. _____ qui se dit "très étonné de l'évaluation" du médecin d'arrondissement. Selon lui, garder le "patient en position assise prolongée [va] d'emblée péjorer l'œdème lymphatique" alors que "lui permettre de se lever régulièrement pour changer de position va mener à une nette diminution du son rendement". A ces constats, il "rajoute encore la douleur lors des déplacements" et la "pharmaco-thérapie" associée qui diminuent encore plus le rendement (bordereau, pièce 4). Si le spécialiste en réadaptation

estime implicitement que la perte de rendement est plus importante que ce que retient le médecin d'arrondissement, il ne la quantifie pourtant pas mais se contente de proposer que le recourant soit "reconvoqué" par un confrère pour "faire une évaluation correcte de [la] capacité de travail et des limitations fonctionnelles". Ce rapport n'a dès lors pas pour vocation à permettre à la Cour de trancher la présente problématique de la capacité de travail du recourant. Cela étant, le Dr I. _____ paraît reprocher à la Dresse D. _____ de ne pas avoir tenu compte d'une diminution de rendement dans une activité adaptée. Or, on l'a vu, tel n'est pas le cas. Les éléments dont la prétendue absence de prise en compte est l'objet des reproches du Dr I. _____ sont au contraire ceux qui justifient les limitations fonctionnelles et la baisse de rendement précisément retenue par le médecin d'arrondissement.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 Celle-ci relevait ainsi que l'assuré se déplaçait "avec 2 cannes" et qu'il souffrait de "douleurs neuropathiques sous traitement". Sur cette base, elle soulignait qu'une activité adaptée devait permettre l'alternance des positions afin de "permettre des pauses en présence de douleurs neuropathiques au niveau de la cheville et du pied [gauche] soulagées seulement partiellement par les médicaments". Quoi qu'il en soit, on ne peut que constater que, lorsqu'il a été interrogé par le recourant, le Dr I. _____ n'avait pas accès à un dossier complet mais à un résumé donné par le médecin traitant, le Dr J. _____, généraliste, ce dont témoigne par exemple l'absence de données radiologiques. Il n'avait dès lors pas une pleine connaissance du dossier et du contexte médical, méconnaissance qui ne pouvait être palliée qu'en se fondant sur les dires du patient. Cela affaiblit la valeur probante de son rapport. En effet, comme il a été relevé plus haut, l'inaptitude au travail dont se prévaut le recourant semble aussi liée, de manière non négligeable, à sa conviction d'être invalide. Ces facteurs extra-médicaux, comme il l'a déjà été dit, ne sont pas de la responsabilité de l'assurance-accidents. c) Au vu de l'ensemble de ce qui précède, la Cour se rattache dès lors à l'avis du médecin d'arrondissement et retient que le recourant possède une capacité de travail entière, compte tenu d'une diminution de rendement de 30%, dans une activité adaptée. Dans ces circonstances, la mise sur pied d'une nouvelle expertise n'est pas nécessaire les pièces présentes au dossier ayant permis à la Cour de statuer dans cette affaire.

E. 8

Compte tenu de la capacité résiduelle de travail retenue s'agissant des seuls troubles d'ordre orthopédiques, il convient encore de procéder à la comparaison des revenus de valide et d'invalide. a) L'autorité intimée a retenu un revenu de valide de CHF 59'703.-. Celui-ci n'est pas contesté et peut dès lors être confirmé. b) S'agissant ensuite du revenu d'invalide, l'autorité intimée a fixé le salaire annuel dans une activité adaptée à CHF 61'857.-, réduit de 30% pour tenir compte de la perte de rendement, en se fondant sur cinq DPT sur un total de 217. On doit cependant s'étonner du choix de la CNA de prendre en compte la fonction de "livreur" qui consiste en la "livraison des pièces automobiles (batteries, pneus, pots d'échappements, etc.)" et implique la conduite de véhicules. Au vu des limitations et des atteintes dont souffre le recourant, il semble peu réaliste qu'il soit en mesure de trouver un emploi dans ce domaine. On rappellera à cet égard que la profession de livreur nécessite la conduite de véhicule – donc l'usage des pédales –, la montée et la descente du véhicule, éventuellement par le biais d'une courte échelle, ainsi que son déchargement. Or la Dresse D. _____ relève la présence d'un "important équin" au pied gauche amputé de trois orteils, côté où le mollet et la cuisse sont au demeurant atrophiés. De telles activités

apparaissent dès lors difficilement réalistes. Dans une moindre mesure, on peut également émettre des doutes sur la compatibilité de la fonction d'"ouvrier à l'expédition des marchandises" avec l'état de santé du recourant. Quoi qu'il en soit, même s'il était admis que les quatre autres postes retenus étaient adaptés à l'état de santé du recourant, en l'absence de cinq DPT représentatives de la situation personnelle

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 et physique du recourant, il y a lieu de se fonder sur les statistiques salariales de l'Office fédérale de la statistique (ci-après: OFS). c) Selon l'enquête suisse sur la structure des salaires 2012 (ci-après: ESS 2012) de l'OFS, le salaire auquel peuvent prétendre des hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé se monte à CHF 5'210.- (TA1_skill_level, totaux, niveau de compétence 1; cf. arrêt TF 9C_632/2015 du 4 avril 2016 consid. 2.5.7). Dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités existant sur le marché du travail, on peut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux aptitudes du recourant (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). Pour sa part, le choix du niveau de compétence 1 permet de tenir compte du fait que l'assuré ne possède pas de d'expérience. En effet, l'ESS différencie quatre niveaux de qualification et, en principe, le niveau 1 vise des personnes n'ayant pas de formation et est adapté à la situation d'espèce. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2016 (41,7 heures, soit CHF 5'431.40) et compte tenu de l'indexation jusqu'à l'année 2016 (OFS, tableau T38) le montant statistique doit être porté à CHF 5'562.90, soit CHF 66'754.80 annuellement. Compte tenu d'une perte de rendement de 30%, cela correspond à un salaire de CHF 46'728.35. Au vu de l'important handicap et de la catégorie de permis de séjour (permis B; cf. dossier SUVA, pièce 65), une réduction supplémentaire du salaire statistique apparaît justifiée (cf. arrêt TF 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.1). Celle-ci est fixée à 5%. Un montant de CHF 44'391.95 est dès lors retenu au titre de salaire d'invalidé. d) Compte tenu d'un salaire de valide de CHF 59'703.- et d'un salaire d'invalidé de CHF 44'391.95, la perte de gain se monte à CHF 15'311.05. Cela correspond à un degré d'invalidité de 25.65%, soit 26%. Retenant un degré d'invalidité de 27%, la décision de la SUVA est plus favorable au recourant que le degré d'invalidité évalué de l'instance de céans. Il est renoncé à prononcer une reformatio in peius. Partant, la décision litigieuse est confirmée.

E. 9

Est enfin encore litigieux le point de savoir si le recourant peut prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux supérieur à 15%. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]).

Tribunal cantonal TC Page 14 de 17 L'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI) a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente

d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt TF 8C_459/2008 du 4 février 2009; voir également FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., 2007, no 229). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415, U 134/03, consid. 5.2; RAMA 2000 p. 41, U 360/98, consid. 1). Ce n'est qu'en cas d'affections à la colonne vertébrale que le taux de l'atteinte à l'intégrité dépend de l'intensité des douleurs ressenties par l'assuré (cf. arrêt TF 8C_389/2009 du 7 avril 2010 consid. 5.3). Il incombe par conséquent aux médecins de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit., no 235; arrêt TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009). Par ailleurs, aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b). c) L'IPAI se fixe en même temps que la rente d'invalidité ou, lorsqu'il n'existe aucun droit à une rente, à la fin du traitement médical. L'art. 24 al. 2 LAA prescrit non seulement quand l'assureur-accidents doit rendre une décision sur une IPAI, mais fixe également le moment déterminant pour examiner les conditions matérielles d'octroi d'une telle indemnité. Dès lors que l'IPAI sert de compensation à un dommage de durée, un droit à son octroi ne peut être jugé que lorsque l'état de santé de l'assuré a été stabilisé et qu'aucune amélioration ne peut être attendue par des mesures médicales. Si le point de départ du droit matériel relatif à une IPAI dépend d'un éventuel droit à la rente, il est logique qu'il faille statuer dans un premier temps sur un droit à la rente (arrêt TF 8C_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 4.2 et les références). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). Usant de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté de telles prescriptions, notamment à l'art. 36 OLAA. Selon l'art. 36 al. 2 OLAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Celle-ci comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes à

Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Selon l'annexe 3 OLAA, le taux maximal pour une "perte d'une jambe au niveau du genou" est de 40%. Dans ce cadre, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Ces tables,

qui ne constituent pas des règles de droit mais de simples indications ne liant pas le juge, sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009; ATF 124 V 209 consid. 4a/cc, 116 V 156 consid. 3a; RAMA 1998 p. 235, U 245/96 consid. 2a).

E. 10

Dans la décision litigieuse, l'autorité intimée a fixé à 15% le taux de l'indemnité d'atteinte à l'intégrité, se fondant sur l'avis médical de la Dresse D._____. Celle-ci base cette estimation sur les tables 2 et 4 des barèmes d'indemnisation de la SUVA. Elle estime à 10% l'amputation de trois orteils et à 5% la limitation fonctionnelle de la cheville, mettant ces estimations en lien avec les 35% qui devraient être retenus en cas de perte du pied et des parties distales du mollet. La Cour a relevé ci-avant que les conclusions du médecin d'arrondissement étaient convaincantes. Il n'apparaît pas nécessaire de revenir sur ce point. On peut la rejoindre s'agissant du taux de 10% lié à l'amputation des trois orteils, lequel est explicitement prévu dans les tables de la SUVA (cf. table 4 – atteinte à l'intégrité résultant de la perte d'un ou plusieurs segments des membres inférieurs, figure 5). Il en est de même du taux de 5% lié à la limitation fonctionnelle de la cheville, qui correspond à une "gêne fonctionnelle dans les articulations" selon la table 2 (atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs). Quand bien même cette appréciation apparaît sévère chez un assuré qu'on dit souffrir d'un "important équin au niveau du médio-pied à [gauche]", ce dernier n'apporte aucun élément permettant de conclure que cette atteinte dépasserait la seule gêne fonctionnelle et s'approcherait, par exemple, plutôt d'une "articulation tibio-tarsienne bloquée en équin marqué". Quoi qu'il en soit, on ne saurait manifestement assimiler l'atteinte d'espèce à "une perte complète de l'usage du pied selon l'annexe 3 ch. 2 OLAA" comme le demande le recourant. La Cour peut dès lors confirmer que l'atteinte qu'a subie le recourant donne droit à une IPAI au taux de 15%. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours doit être entièrement rejeté et la décision sur opposition contestée du 1er juin 2017 confirmée.

E. 11

Le recourant a sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire totale (605 2017 162) dans la procédure de recours. a) En vertu de l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a le droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite, ainsi qu'à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17 Sur le plan cantonal, selon l'art. 142 al. 1 CPJA, a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). D'après l'art. 143 al. 2 CPJA, l'assistance judiciaire comprend notamment, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties. b) En l'espèce, les seuls revenus déclarés par l'assuré consistent en la rente qu'il perçoit de l'assurance-accidents (CHF 787.60) ainsi que les revenus de son épouse (CHF 1'275.40). Ces revenus sont déjà dépassés par le minimum vital élargi du couple (CHF 1'700.- augmenté de 25%) et ses frais de loyers (CHF 1'130.-). On peut dès lors retenir qu'il ne

dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais de la procédure introduite sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille. Par ailleurs, il y a lieu d'admettre que le recours, bien qu'au final manifestement infondé, ne paraissait pas d'emblée voué à l'échec. Enfin, l'assistance d'un avocat pour la procédure de recours devant la Cour de céans apparaissait ici justifiée. En conséquence, il convient de mettre le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale dans le cadre de la procédure de recours 605 2017 150 et de lui désigner comme défenseur d'office Me Alexis Overney, avocat. c) Le 28 novembre 2017, Me Alexis Overney a produit sa liste de frais d'un montant total de CHF 5'818.40, soit CHF 5'083.25.- (20.33 heures à CHF 250.-) au titre d'honoraire, CHF 50.- au titre de débours, CHF 254.15 au titre de débours forfaitaires ainsi que CHF 431.- au titre de la TVA (8%). Cette liste de frais contient cependant de nombreuses opérations antérieures à la décision sur opposition ici litigieuse du 1er juin 2017, lesquelles ne doivent pas être indemnisées. En outre, compte tenu du rejet du recours, l'indemnité horaire est de CHF 180.- et non de CHF 250.-. Il y a enfin lieu de réduire le forfait calculé au titre de débours, l'usage d'une telle méthode de calcul étant prévu en procédure civile et non pas administrative (cf. arrêt TC 605 2016 93 du 7 mars 2017 et les références). En l'occurrence, la difficulté de la cause n'était pas excessive, en particulier en présence d'avis médicaux globalement uniformes sur de nombreux points. Tenant également compte qu'un seul échange d'écritures a été ordonné devant l'instance de céans, cela ne saurait justifier des honoraires dépassant 14 heures. Partant, l'indemnité du défenseur d'office est fixée à CHF 2'916.-, soit CHF 2'520.- (14 heures à CHF 180.-) au titre d'honoraires, CHF 130.- au titre de débours et CHF 212.- au titre de la TVA (8%). Ce montant total est intégralement pris en charge par l'Etat de Fribourg.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 Au vu de l'issue du litige, des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne sont toutefois pas perçus dès lors que l'assistance judiciaire gratuite totale lui a été accordée. la Cour arrête: I. Le recours (605 2017 150) est rejeté. II. La requête (605 2017 162) d'assistance judiciaire gratuite totale est admise et Me Alexis Overney, avocat, désigné en qualité de défenseur d'office. III. Il est alloué à Me Alexis Overney une indemnité de CHF 2'862.-, dont CHF 212.- au titre de la TVA (8%), intégralement mis à la charge de l'Etat de Fribourg. IV. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant; ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire octroyée. 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 6 février 2018/pte Président Greffier-rapporteur

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