

# FR\_GERICHTE 605 2017 248 vom 28. September 2018

FR Kantonsgericht, 2018-09-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2017\\_248](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_248)

FR: FR\_GERICHTE 605 2017 248 du 28 septembre 2018

IT: FR\_GERICHTE 605 2017 248 del 28 settembre 2018

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Le recours a été interjeté en temps utile, dans les formes légales et auprès du Tribunal compétent en vertu de l'art. 58 al. 2 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), selon lequel, si l'assuré est domicilié à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile du dernier employeur suisse. L'assuré, dûment représenté, étant en outre directement touché par la décision attaquée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée, le recours est recevable.

### E. 2

Le recourant se prévaut d'abord d'une violation de son droit d'être entendu, dans la mesure où il considère que le refus de l'autorité intimée de mettre en œuvre une expertise médicale visant à évaluer les séquelles psychiques et physiques de l'accident ainsi qu'à déterminer son éventuelle capacité de gain résiduelle constitue une telle violation.

#### E. 2.1

Aux termes de l'art. 42 1ère phrase LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20), les parties ont le droit d'être entendues. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa; 126 V 132 consid. 2b et les arrêts cités).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 II 286 consid. 5.1 et les références citées).

#### E. 2.2

L'art. 43 al. 1 1ère phrase LPGA, consacrant le principe de la maxime inquisitoire, dispose que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'administration ou le juge peuvent cependant renoncer à procéder à des mesures d'instruction lorsqu'ils parviennent à la conclusion que les questions complémentaires ne sont pas décisives pour la solution du litige ou qu'elles ne

pourraient les amener à modifier leur opinion (appréciation anticipée des preuves; arrêts TF 9C\_509/2011 du 4 février 2011 consid. 4.4.1 et 9C\_881/2009 du 1er juin 2010 consid. 3.2; ATF 135 V 465 consid. 4.3.2, 134 I 140 consid. 5.3, 130 II 425 consid. 2.1, 124 V 90 consid. 4b, 122 II 4654 consid. 4a). Lorsque l'administration ne donne pas suite à une requête visant à poser des questions complémentaires à l'expert, la violation du droit d'être entendu invoquée en procédure de recours concerne en réalité la valeur probante de l'expertise et n'a pas de portée propre par rapport au grief tiré d'une mauvaise appréciation des preuves (cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1).

### **E. 2.3**

En l'espèce, il appert d'emblée que le refus de la SUVA de mettre en œuvre une expertise médicale supplémentaire visant à confirmer ou infirmer l'appréciation de son médecin d'arrondissement par un second médecin, ne saurait constituer une violation du droit d'être entendu du recourant. En effet, conformément à la jurisprudence précitée, l'administration est libre de renoncer à des mesures d'instruction complémentaires lorsqu'elle considère que celles-ci ne sont pas décisives ou qu'elles ne pourraient l'amener à modifier son opinion. La SUVA n'était donc nullement tenue d'accéder à la requête probatoire du recourant, d'autant moins que ce dernier n'a apporté, à tout le moins au stade de la procédure d'opposition, aucun élément médical probant permettant de remettre en cause l'appréciation du médecin d'arrondissement. Le grief tiré de la violation du droit d'être entendu soulevé par le recourant doit dès lors être rejeté, de sorte qu'il convient d'examiner les mérites de son recours sur le fond.

### **E. 3**

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.

#### **E. 3.1**

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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 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).

#### **E. 3.2**

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).

### **E. 3.3**

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, la jurisprudence a posé plusieurs critères (sur l'ensemble de cette problématique cf. ATF 115 V 133; 115 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.

#### **E. 3.3.1**

Lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

#### **E. 3.3.2**

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16

#### **E. 3.3.3**

Sont réputés de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en

considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou à aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. 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.

#### **E. 3.3.4**

Il n'est toutefois pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères à la fois. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident et une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire ou que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Un seul critère peut en outre suffire lorsqu'il revêt une importance particulière, par exemple dans le cas où l'incapacité de travail due aux lésions physiques est particulièrement longue en raison de complications apparues au cours de la guérison. Lorsque, en revanche, aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se fonder sur plusieurs critères. Cela d'autant plus que l'accident est de moindre gravité. En cas d'accidents de gravité moyenne dans la zone médiane, au minimum trois des critères doivent être remplis pour admettre la causalité adéquate si aucun d'entre eux ne revêt une intensité particulière (arrêt TF 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010 publié in SVR 2010 UV no 25 100). Dans les accidents de gravité moyenne mais à la limite des accidents de peu de gravité, quatre critères doivent en revanche être remplis au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou l'un des critères doit se manifester avec une intensité particulière (arrêts TF 8C\_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.1; 8C\_622/2010 du 3 décembre 2010 consid. 4.1 et les références).

#### **E. 4**

Une fois le lien de causalité établi, le droit aux prestations figurant dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents, notamment le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA), peut être examiné.

##### **E. 4.1**

Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que le droit à une rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation d'un traitement médical une sensible

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 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. Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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).

#### **E. 4.2**

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. Pour la comparaison des revenus, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n°U 168 p. 97 consid. 3b). 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). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident.

##### **E. 4.2.1**

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

##### **E. 4.2.2**

En ce qui concerne le revenu d'invalide, 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 (G. FRÉSARD-FELLAY, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, Berne 2015, § 286 p. 421).

##### **E. 4.2.3**

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 (ci-après: l'OFS).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 Il est également possible de recourir à une enquête menée par la SUVA auprès des 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). La détermination du revenu d'invalide

sur la base de ces fiches – appelées DPT – suppose en sus de la production d'au moins cinq d'entre elles, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Si la SUVA n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT. En revanche, si les DPT satisfont aux conditions formelles précitées, la CNA peut et même doit s'y référer pour fixer le revenu d'invalidé. En pareils cas, il n'est pas nécessaire d'effectuer un calcul de contrôle à l'aide des statistiques salariales de l'ESS (cf. arrêt TF 8C\_790/2009 du 27 juillet 2010 consid. 4.3). Il n'en va pas différemment si un tel calcul était favorable pour l'assuré (arrêt TF 8C\_525/2010 du 21 septembre 2010 consid. 3.2.2.3). Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée, ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

### **E. 5.1**

L'art. 19 al. 3 LAA prévoit que le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance- invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard. En application de cette disposition, le Conseil fédéral a édicté l'art. 30 OLAA. Selon son al. 1, lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI (let. a), avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b) ou avec la fixation de la rente définitive (let. c). Il s'agit d'une rente transitoire destinée à permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'assurance-invalidité, de verser néanmoins une rente d'invalidité sans attendre ce résultat. C'est donc une prestation temporaire, fixée provisoirement, et qui doit être allouée aussi bien pendant le déroulement des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité que pendant la période qui va de la fin du traitement médical jusqu'au moment où la décision est prise quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, cas échéant à la mise en œuvre de celles-ci (arrêts TF U 331/04 du 31 octobre 2005 consid. 2.2 et ATF 139 V 514 consid. 2.3). Cette rente allouée à titre transitoire et jusqu'au moment où, à l'issue des mesures de réadaptation, il sera possible de fixer de façon certaine le degré d'invalidité de l'assuré, ne doit pas être confondue avec la rente allouée à titre temporaire, sur la base d'une appréciation anticipée de l'invalidité en fonction de l'accoutumance prévisible de l'assuré aux séquelles de l'accident (ATF 116 V 246 consid. 2b).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16

### **E. 5.2**

Selon la jurisprudence, une rente fondée sur l'art. 30 OLAA doit être fixée d'après la méthode de comparaison des revenus, l'évaluation intervenant dans ce cas avant l'exécution

éventuelle de mesures de réadaptation. Seule entre en considération, à cette date, l'activité qui peut raisonnablement être exigée de la part d'un assuré non encore réadapté, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (ATF 116 V 246 consid. 2c).

### **E. 6.1**

Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c).

### **E. 6.2**

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 ; RAMA 1996 no U 256, p. 217 et les références). Une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la SUVA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la SUVA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références).

### **E. 6.3**

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

#### **E. 6.4**

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 s. consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

#### **E. 7**

Dans un premier grief, le recourant conteste le taux d'invalidité découlant des suites de l'accident survenu le 10 juin 2016, fixé à 6.78% par l'autorité intimée.

##### **E. 7.1**

Se pose en premier lieu la question de la responsabilité de la SUVA à l'endroit des troubles psychiques, dont le recourant laisse entendre qu'il serait désormais atteint. D'emblée, il apparaît toutefois que de telles atteintes ne sont nullement avérées. En effet, aucun élément ressortant du dossier n'atteste d'un suivi médical sur le plan psychique, ni même du moindre trouble de cet ordre. Dans ces conditions, c'est à bon droit que la SUVA n'a pas pris en compte d'hypothétiques troubles psychiques. Au demeurant, même si une atteinte psychique devait être finalement avérée, l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre celle-ci et l'accident devrait quoi qu'il en soit être niée, au vu de la jurisprudence susmentionnée (considérant 3.3). En effet, en présence d'un événement qualifié d'accident de gravité moyenne à la limite de la catégorie inférieure, il conviendrait d'examiner les critères développés par la jurisprudence. Or, comme l'a relevé l'autorité intimée, il est patent qu'aucun de ces critères n'est rempli, de sorte que l'existence d'un lien de causalité adéquate pourrait quoi qu'il en soit être niée. Le recourant n'affirme du reste nullement que ces critères seraient remplis, se limitant par ailleurs à affirmer que des troubles psychiques – dont il n'apporte pas la moindre preuve – auraient été causés, non pas directement par l'accident lui-même, mais plus exactement par les conséquences économiques (perte de l'emploi) provoquées par celui-ci. Il s'ensuit que c'est à bon droit que la SUVA n'a pas pris en considération les troubles psychiques allégués par le recourant dans l'examen de sa capacité résiduelle de travail.

##### **E. 7.2**

Le recourant critique également l'appréciation de cette capacité de travail résiduelle par le médecin d'arrondissement de la SUVA. En l'espèce, dans son rapport d'examen final du 13 juin 2017, la Dresse E. \_\_\_\_\_, a évoqué les diagnostics de « status après fracture trans-diaphysaire multifragmentaire et intra-articulaire de la 2ème phalange du 5ème doigt de la main G » et « status après dénervation de l'IPP du 5ème doigt de la main G en raison de douleurs chroniques persistantes ». Elle a retenu des limitations fonctionnelles liées à l'usage de la main gauche (« pas de port de charges de plus de 10kg et pas

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 de mouvement répété en force avec la main gauche en flexion ») et a estimé qu'une reprise de l'activité habituelle, sur des chantiers, était compromise. En revanche, elle a considéré que toute activité adaptée respectant ces limitations fonctionnelles était exigible à 100%, sans diminution de rendement (dossier SUVA, pièce 81). Au dossier figurent en outre quelques rapports du chirurgien traitant du recourant, la Dresse D. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a pratiqué la seconde intervention chirurgicale subie par le recourant, à savoir une « dénévation de l'PP de D5 à gauche », le 8 février 2017. Les deux derniers rapports de ce médecin mentionnent les diagnostics repris par le médecin d'arrondissement de la SUVA et signalent la persistance des douleurs (notamment « au serrage », tandis que la situation est « confortable en immobilisation ») malgré la dénévation (rapports des 24 mars et 12 mai 2017, dossier SUVA, pièces 67 et 72). Ces rapports ne se prononcent en revanche ni sur les limitations fonctionnelles ni sur la capacité de travail résiduelle. Pour le surplus, le recourant n'apporte aucun élément médical de nature à mettre en doute l'appréciation de la Dresse E. \_\_\_\_\_ relative à sa capacité de travail résiduelle. Plus particulièrement, il n'indique pas en quoi une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues – limitations qu'il ne conteste d'ailleurs pas – ne serait pas exigible sur le plan médical. Il se borne à contester la valeur probante du rapport du médecin d'arrondissement en critiquant son manque de motivation s'agissant de l'exigibilité d'une activité adaptée à plein temps. Force est cependant de constater que ses critiques ne sont pas fondées. Le rapport de la Dresse E. \_\_\_\_\_ se base en effet sur l'ensemble du dossier médical ainsi que sur un examen clinique du recourant, à l'occasion duquel ce dernier a pu s'exprimer sur sa situation et sur ses douleurs. Ses plaintes, retranscrites dans le rapport, ont ainsi été dûment prises en compte. Lors de l'examen, différents tests ont encore été réalisés (mobilité, force et sensibilité), sur la base desquels le médecin a pu déterminer les limitations fonctionnelles découlant des atteintes organiques, qui sont décrites de manière précise. Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, ce rapport est en tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels et a en soi pleine valeur probante. Dans la mesure où aucun élément médical ne vient remettre en cause les conclusions de ce rapport, la SUVA était à l'évidence en droit de s'y fier et, partant, de retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qui y sont énumérées. On rappellera tout de même ici que le recourant est droitier et qu'il a été atteint à l'auriculaire gauche, de sorte que l'on peut d'emblée douter, dans ces conditions, qu'il éprouve une perte de la capacité de travail aussi étendue qu'il le dit.

### **E. 7.3**

Le recourant conteste encore l'évaluation par la SUVA de son revenu d'invalidé, et notamment le choix des DPT retenus, en affirmant que ceux-ci ne seraient pas exigibles, et notamment pas compatibles avec les limitations fonctionnelles constatées.

#### **E. 7.3.1**

En l'espèce, pour déterminer le revenu d'invalidé, la SUVA a sélectionné 5 DPT – sur les 201 DPT entrant en considération – jugées compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant. Les salaires minimaux et maximaux de chaque poste ont été indiqués. En outre, les feuilles d'enregistrement des 5 DPT sélectionnées mentionnent de manière détaillée les exigences et les conditions salariales de chaque activité (dossier SUVA, pièce 102).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 Il appert ainsi là-encore que les conditions formelles posées par la jurisprudence en matière de détermination du revenu d'invalidé ont été respectées. D'ailleurs, le recourant n'a pas démontré sur quel aspect la SUVA n'aurait pas respecté les principes jurisprudentiels en la matière. D'autre part, il sied de souligner que, selon la jurisprudence, il n'y a pas de priorité entre la méthode des DPT et celle se fondant sur l'ESS, chacune étant également acceptable (cf. ATF 129 V 472, consid. 4.2.1).

### **E. 7.3.2**

Quant au grief relatif au choix des DPT sélectionnées, il revient en quelque sorte à remettre en cause l'appréciation médicale faite de sa capacité résiduelle de travail, qui vient d'être confirmée. Aucune restriction concernant sa dextérité (mobilité fine) n'a été reconnue sur le plan médical, de sorte que ses critiques à ce propos ne sauraient être suivies. Pour le surplus, on constate qu'aucun des postes considérés n'exige le port de charges au-delà de 10kg, soit la limite retenue par la Dresse E.\_\_\_\_\_, étant précisé que les 3 postes impliquant le port de charges de 5 à 10 kg ne le prévoient que « rarement ». De même, aucun des postes ne nécessite de travail manuel « en force » (maniement d'objets moyen à lourd), soit la seconde limitation fonctionnelle retenue. Enfin, le choix des DPT, dans l'optique d'une éventuelle rente transitoire au sens de l'art. 30 OLAA, ne prête pas non plus le flanc à la critique. En effet, les postes retenus ne nécessitent aucune qualification ou formation particulière, les rendant ainsi raisonnablement exigibles sans attendre d'éventuelles mesures de réadaptation octroyées par l'assurance-invalidité. Partant, quoi qu'en dise le recourant, les DPT retenues sont dans l'ensemble en adéquation avec les limitations objectives. A tout le moins, la description littérale des 5 postes ne laisse apparaître aucune incompatibilité de principe avec l'atteinte constatée.

### **E. 7.3.3**

S'agissant de la méthode appliquée par l'autorité intimée pour déterminer le revenu d'invalidé sur la base des DPT retenues (moyenne des salaires moyens), elle est conforme aux exigences découlant de la jurisprudence fédérale, étant rappelé qu'en cas d'utilisation de la méthode des DPT, une réduction de salaire n'est ni justifiée ni admissible (cf. considérant 4.2.2 ci-dessus). C'est ainsi à bon droit que la SUVA s'est basée sur la moyenne des salaires moyens des cinq DPT retenues pour déterminer le revenu d'invalidé, soit un revenu de CHF 61'080.-.

### **E. 7.4**

Enfin, le recourant critique aussi le revenu de valide retenu par la SUVA. Il considère que son revenu annuel au sein de l'entreprise C.\_\_\_\_\_ Sàrl était de CHF 66'132.20, ce qui ressort selon lui de son contrat de travail et de la déclaration de sinistre remplie par son employeur, lesquels mentionnent un revenu horaire de CHF 25.85 augmenté de CHF 3.41 (indemnité pour vacances et jours fériés) et CHF 2.43 (gratification / 13ème salaire) (bordereau recourant, pièces 2 et 31). L'autorité intimée, pour sa part, a retenu un revenu annuel de CHF 65'527.- (CHF 25.85 x 45 heures x 52 semaines + 8.33%), sur la base des chiffres indiqués par l'ancien employeur du recourant dans une attestation reçue le 5 juillet 2017 (dossier SUVA, pièce 85). Cette différence n'est quoi qu'il en soit pas déterminante. En effet, même en se fondant sur le revenu de valide allégué par le recourant, soit 66'132.20, la comparaison des revenus avec le revenu d'invalidé qui vient d'être confirmé aboutit à un taux

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 d'invalidité de 7.64%, soit toujours largement en-dessous du seuil de 10% ouvrant le droit à une rente selon la LAA.

### **E. 7.5**

Il découle de ce qui précède que c'est à bon droit que la SUVA a refusé d'octroyer une rente d'invalidité – définitive ou transitoire – au recourant, à défaut d'un taux d'invalidité supérieur au seuil de 10% prévu par la LAA. Les difficultés effectives du recourant à retrouver un emploi, compte tenu non seulement de son état de santé mais aussi de ses difficultés en français et de son absence de formation (il indique lui-même dans son recours que « [ses] offres d'emploi sont refusées car [il] ne dispose pas de formation nécessaire, ni de connaissances suffisantes en français ») ne sauraient engager la responsabilité de l'assurance-accidents, laquelle n'a pas vocation à indemniser l'échec d'une réadaptation professionnelle, ce qui ne fait pas partie du catalogue des prestations mentionnées dans la LAA. Elles peuvent, par ailleurs, expliquer les incidences que cela a pu avoir sur son moral. Il s'ensuit le rejet du recours sur ce premier grief.

### **E. 8**

Le recourant conteste encore le refus de la SUVA de lui accorder toute indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).

#### **E. 8.1.1**

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 OLAA). L'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). L'IPAI 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

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 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).

### **E. 8.1.2**

D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). Usant de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté de telles prescriptions, notamment à l'art. 36 OLAA. Selon l'art. 36 al. 2 OLAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Celle-ci comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe).

### **E. 8.2**

En l'espèce, le recourant estime avoir droit à une IPAI de 5%, appliquée par analogie avec la « perte d'au moins deux phalanges d'un autre doigt » prévue par l'annexe 3 OLAA, afin de tenir compte de la gravité de ses atteintes tant physiques que psychiques. La SUVA s'est pour sa part fondée sur les constatations de son médecin d'arrondissement, qui a estimé dans son rapport d'examen final du 9 juin 2017 que l'assuré « ne présente pas de séquelle indemnifiable selon les tables d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité de la LAA, que ce soit dans la table I ou dans la table V » (dossier SUVA, pièce 81). Comme le relève à juste titre le recourant et conformément à la jurisprudence, le droit à une IPAI doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales. Or en l'espèce, le seul médecin à s'être prononcé sur cette question est le médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a nié l'existence de toute séquelle indemnifiable. Là encore, à défaut de tout élément médical susceptible de remettre en cause cette appréciation, la SUVA était à l'évidence en droit de s'y référer et, partant, de refuser l'octroi d'une IPAI au recourant. Au demeurant, l'on précisera encore que l'on ne saurait manifestement assimiler l'atteinte du recourant à la perte totale d'au moins deux phalanges, comme il le demande, étant rappelé que l'intensité des douleurs ne saurait être prise en considération pour l'octroi de l'IPAI. Partant, il convient de rejeter le recours sur ce second grief également.

### **E. 9**

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le refus de la SUVA d'accorder au recourant une rente d'invalidité ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être confirmé. Quant à la requête d'expertise médicale formulée par le recourant, visant à évaluer les séquelles tant physiques que psychiques découlant de l'accident assuré, celle-ci doit également être rejetée. En effet, même si on ne peut ignorer la jurisprudence récente du TF qui paraît préconiser qu'une expertise soit systématiquement diligentée en présence d'un « doute à tout le moins léger » quant à la pertinence de l'avis du médecin conseil d'une assurance (cf. notamment arrêt TF 8C\_370/2017 du 15 janvier 2018 consid. 3.3.3), un tel doute, fût-il léger, fait manifestement défaut

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 en l'espèce, à défaut de tout élément médical probant à l'appui des allégations du recourant. En effet, il ne saurait être question d'ériger de simples

assertions en moyens de preuve susceptibles d'instaurer même un tel doute, faute de quoi l'on remettrait définitivement en cause le principe de la vraisemblance prépondérante applicable en matière d'assurance-accidents. L'absence de tout rapport médical permettant d'appuyer les thèses du recourant ne saurait ainsi constituer un motif pour ordonner de nouvelles mesures d'instruction médicales souhaitées par lui. Il en va de même de ses requêtes visant à être entendu en tant que témoin, ainsi qu'à la production des dossiers auprès de l'Office de l'assurance-invalidité et de Pôle emploi Auvergne- Rhône Alpes, qui ne sauraient manifestement apporter un éclairage différent sur la cause. Il s'ensuit le rejet du recours (605 2017 248) et la confirmation de la décision attaquée. La procédure étant gratuite en matière d'assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais de justice. Il n'est pas non plus alloué de dépens.

## **E. 10**

Il reste à trancher la requête d'assistance judiciaire déposée le 27 octobre 2017 (605 2017 249).

### **E. 10.1**

A teneur de l'art. 61 let. f LPGA, le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti et, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite doit être accordée au recourant. Selon l'art. 142 du code de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), 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 toutefois pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec (al. 2). D'après la jurisprudence, un procès est dénué de chances de succès lorsque les perspectives de le gagner sont notablement plus faibles que les risques de le perdre, et qu'elles ne peuvent donc guère être considérées comme sérieuses, de sorte qu'un plaideur raisonnable et de condition aisée renoncerait à s'y engager en raison des frais qu'il s'exposerait à devoir supporter; il ne l'est en revanche pas lorsque les perspectives de gain et les risques d'échec s'équilibrent à peu près, ou lorsque les premières sont seulement un peu plus faibles que les seconds. L'élément déterminant réside dans le fait que l'indigent ne doit pas se lancer, parce qu'il plaide aux frais de la collectivité, dans des démarches vaines qu'une personne raisonnable n'entreprendrait pas si, disposant de moyens suffisants, elle devait les financer de ses propres deniers. La situation doit être appréciée à la date du dépôt de la requête, en principe avant l'exécution des mesures probatoires et sur la base d'un examen sommaire (ATF 133 III 614 consid. 5 p. 616 et les références citées).

### **E. 10.2**

Il découle de l'analyse qui précède que le recourant n'a pas fait valoir le moindre argument pertinent sur le plan médical susceptible de remettre en cause l'analyse de l'autorité intimée et de son médecin conseil, l'essentiel du recours constituant, de ce point de vue, une seule contestation de principe à l'encontre d'une décision n'allant pas dans son sens. Dans ces circonstances, les perspectives de gagner le procès étaient quasi-inexistantes, de sorte qu'un plaideur raisonnable et de condition aisée aurait renoncé à s'y engager.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 Le recours paraissait en effet d'emblée dénué de toutes chances de succès. Cela justifie que l'octroi de l'assistance judiciaire totale lui soit refusé, sans qu'il ne soit même nécessaire d'examiner la réalisation de la condition de l'indigence. la Cour arrête : I. Le recours (605 2017 248) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire

totale (605 2017 249) est rejetée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni octroyé de dépens. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 28 septembre 2018/isc Le Président : La Greffière :

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