

# FR\_GERICHTE 605 2017 49 vom 10. Juli 2018

FR Kantonsgericht, 2018-07-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2017\\_49](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_49)

FR: FR\_GERICHTE 605 2017 49 du 10 juillet 2018

IT: FR\_GERICHTE 605 2017 49 del 10 luglio 2018

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 2

Dans son mémoire de recours, le recourant a implicitement fait valoir que son droit d'être entendu – plus précisément son droit de participer à l'administration des preuves – aurait été violé, dans la mesure où il n'a pas bénéficié d'un interprète lors de son examen médical par le Dr D.\_\_\_\_\_, alors qu'il ne comprendrait que très moyennement le français et ne s'exprimerait qu'avec beaucoup de difficultés dans cette langue. Cette question doit être traitée à titre liminaire dans la mesure où, si elle devait recevoir une réponse affirmative, elle scellerait le sort du présent litige.

#### E. 2.1

Aux termes de l'art. 42 1ère phrase 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 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les parties ont le droit d'être entendues. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le

Tribunal cantonal TC Page 4 de 17 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 121 V 150; 135 II 286 consid. 5.1 et les références citées).

#### E. 2.2

En l'espèce, il ressort des prises de position des Drs F.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, et indirectement de celle du Dr G.\_\_\_\_\_, que le recourant comprend suffisamment bien le français et le parle même bien. Le fait que l'assuré s'était fait accompagner d'un ami pour former oralement opposition n'a manifestement pas vocation à mettre en doute l'appréciation soutenue par ces trois médecins, notamment parce qu'il a pu être motivé par d'autres motifs que celui avancé. Si ses connaissances en langue française étaient effectivement insuffisantes au point d'empêcher le bon déroulement d'un examen médical, il aurait selon toute vraisemblance agi lors de son examen par le Dr F.\_\_\_\_\_ déjà ou à réception de la convocation du 17 août 2015 par le Dr D.\_\_\_\_\_, voire au plus tard directement après l'examen médical en question qui s'est déroulé le 3 septembre 2015; ce qu'il n'a pas fait, puisqu'il a invoqué cet argument dans le cadre de son opposition du 16 novembre 2015 seulement, soit après avoir reçu le rapport du 24 septembre 2015 du Dr

D. \_\_\_\_\_ dont le contenu lui est défavorable. En tout état de cause, il n'apparaît pour le moins pas exclu qu'un examen strictement orthopédique, à l'exemple de celui qui a été pratiqué dans la présente occurrence, puisse être mené à bien sur la personne d'un assuré ne comprenant que très moyennement le français, comme le recourant. C'est le lieu de noter que le point de savoir si la SUVA aurait dû préférer l'opinion d'un autre médecin à celle de l'expertise administrative, voire procéder à une expertise judiciaire ou administrative complémentaire, sont des questions qui relèvent non pas du droit d'être entendu mais de l'appréciation des preuves. Il se justifie donc de les examiner avec le fond du litige (cf. arrêts TF 9C\_142/2008 du 16 octobre 2008 consid. 3.2 et 9C\_82/2016 du 9 juin 2016 consid. 2.2). Partant, ce grief, mal fondé, doit être rejeté. Il sied dès lors d'entrer en matière sur le fond du litige.

### **E. 3**

En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou entraîne la mort.

#### **E. 3.1**

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a

Tribunal cantonal TC Page 5 de 17 et les références citées). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 p. 191 consid. 1c).

#### **E. 3.2**

Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA), le droit à l'indemnité journalière (art. 16 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA) et le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA).

### **E. 4**

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même

manière. Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il n'est en revanche pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (arrêt TF 8C\_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3 et les références citées; ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 4.3).

#### **E. 4.1**

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ibidem). La seule possibilité que l'accident soit en lien de causalité ne suffit pas pour fonder le droit aux prestations (RAMA 1997 p. 167 consid. 1a; ATF 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées). En particulier, le principe « après l'accident, donc à cause de l'accident » (« post hoc, ergo propter hoc ») ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb).

#### **E. 4.2**

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références citées).

#### **E. 4.3**

Lorsque des symptômes consécutifs à un accident ne sont pas objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (arrêt TF 8C\_445/2013 du 27 mars 2014 consid. 4.3.1; ATF 134 V 109 consid. 10; 117 V 359 consid. 6 et 369 consid. 4; 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17 En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel ou d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique. Dans le premier cas - lorsque l'assuré a vécu un événement traumatisant sans subir d'atteinte physique ou que l'atteinte physique est mineure et ne joue qu'un rôle très secondaire par rapport au stress psychique subi -, l'examen de la causalité adéquate s'effectue conformément à la règle générale du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie (ATF 129 V 177 consid. 4.2). Dans le second cas - en présence de troubles psychiques consécutifs à un accident qui a également provoqué un trouble somatique -, la causalité

adéquate entre les troubles persistants et l'accident assuré peut être examinée dès le moment où il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé somatique de l'assuré (arrêt TF 8C\_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.2; cf. ATF 134 V 109 consid. 6.1).

#### **E. 4.4**

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants, ou de peu de gravité; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 403 consid. 5c/aa): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (arrêt TF 8C\_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.3; ATF 115 V 133 consid. 6 c/bb; 403 consid. 5 c/bb). L'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (arrêt TF U 297/01 du 8 août 2002 consid. 3.3; ATF 119 V 335 consid. 4c).

#### **E. 4.5**

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (arrêt TF U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3). Le droit aux prestations pour une lésion assimilée

à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi, c'est-à-dire lorsque l'état de santé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par la suite d'un développement ordinaire. De telles lésions sont assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie (cf. arrêts TF 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2; 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

## **E. 5**

Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que le droit à une rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation d'un traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

### **E. 5.1**

L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché équilibré. Pour la comparaison des revenus, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n°U 168 p. 97 consid. 3b). Il convient en effet d'évaluer le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Si l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué, notamment sur la base de données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après: l'OFS).

### **E. 5.2**

Il est également possible de recourir à une enquête menée par la SUVA auprès de diverses entreprises suisses et qui permet de réunir des données salariales pour de nombreux postes de travail faisant l'objet d'une description détaillée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La détermination du revenu d'invalide sur la base de ces fiches – appelées DPT – suppose en sus de la production

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 d'au moins cinq d'entre elles, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Si la SUVA n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT. Lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié, ni admissible. Lorsque l'assuré n'exerce plus d'activité lucrative, une stricte

comparaison des revenus est impossible. Dans ce cas, le degré d'invalidité doit être déterminé à partir de données médicales et selon la méthode générale de comparaison des revenus, par simple mise en parallèle approximative et sommaire de deux revenus hypothétiques. Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2; 114 V 310). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident.

## **E. 6**

En vertu de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré a en outre droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si, par suite de l'accident, il souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique. L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA).

### **E. 6.1**

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique (cf. MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (arrêt TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009; cf. également FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2ème éd., 2007, no 235; arrêt TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009).

### **E. 6.2**

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 des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité, notamment à l'art. 36 OLAA.

### **E. 6.3**

Selon l'art. 36 al. 2 OLAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb; 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un

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

## **E. 7**

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 (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (arrêt TF 8C\_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée).

### **E. 7.1**

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu. S'agissant du médecin traitant, il faut tenir compte du fait d'expérience qu'il est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

### **E. 7.2**

On rappellera que le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du devoir d'administrer les preuves nécessaires (art. 61 let. c LPGA) ou plus généralement une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général: ATF 131 I 153 consid. 3; 130 II 425 consid. 2).

## **E. 8**

Le premier point litigieux concerne le droit à la rente, plus particulièrement la capacité de travail du recourant, victime le 13 février 2012 d'un accident, au cours duquel il se fit écraser l'avant-bras et la main droite par une porte qu'il était en train de pousser à la déchiqueteuse.

### **E. 8.1**

Dossier médical Figurent au dossier: - Les rapports médicaux des 6 mai et 18 juin 2012 de la Dresse H.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en médecine interne générale, qui a d'abord diagnostiqué une contusion de la main droite, puis une épicondylite post-traumatique droite. Elle a émis un pronostic défavorable, malgré une infiltration de cortisone (dossier SUVA pces n° 16, 27). - Les rapports médicaux des 28 mai, 18, 22 juin et 20 août 2012 du Dr I.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a diagnostiqué une contusion de l'avant-bras droit avec épicondylite post-traumatique et suspicion de compression du nerf interosseux. Il n'a toutefois pas noté de tuméfaction ou d'hématome sur l'avant-bras et a considéré que la mobilité du coude et du poignet était complète (dossier SUVA pces n° 34, 40, 71, 77, 138). - Les rapports médicaux des 14 juin 2012 et 25 avril 2013 de la Dresse J.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en neurologie, qui a estimé que la neurographie était normale, mais que la myographie était compatible avec une lésion du nerf interosseux postérieur à l'arcade de Frohse. Elle a préconisé une neurolyse des deux troncs (dossier SUVA pces n° 50, 55, 87, 142). - Le rapport médical du 23 mars 2013 du Dr K.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a relevé un syndrome d'intersection de l'avant-bras droit. Il a conclu à un « arrêt de travail théorique à 50% avec un rendement diminué comme aide-menuisier, y compris pas de port de charge lourde » (dossier SUVA pce n° 79). - Les rapports médicaux des 3 avril, 15 mai et 20 juin 2013 du Dr I.\_\_\_\_\_, qui a noté la persistance de brachialgies droites et conseillé une neurolyse à son patient. Il a précisé que dans l'intervalle l'incapacité de travail dépendait de l'activité à réaliser et qu'une activité de petits montages sur établi était possible sans restriction (dossier SUVA pces n° 80, 92, 97). - Le protocole opératoire et le rapport médical du 27 août 2013 du Dr I.\_\_\_\_\_, qui a réalisé une neurolyse du nerf radial au coude droit et une cure du tunnel carpien droit (dossier SUVA pces n° 105, 140). - Les rapports médicaux des 23 octobre et 4 décembre 2013 du Dr I.\_\_\_\_\_, qui a fait état d'une évolution globale favorable depuis l'intervention, avec toutefois quelques douleurs au poignet fluctuantes. Il a annoncé une reprise de travail à 100% à partir du 1er janvier 2014 et annoncé la fin des traitements d'ergothérapie et de physiothérapie (dossier SUVA pces n° 108, 114). - Le rapport médical du 24 février 2014 du Dr I.\_\_\_\_\_, qui a noté une bonne évolution sur le versant radial de la main et précisé que l'examen ENMG réalisé antérieurement a permis d'écarter une pathologie du nerf ulnaire. Il a ajouté que, en raison de la bonne force de pince pollici-digitale, on pouvait renoncer à des investigations supplémentaires. Il a estimé qu'il était impératif que

Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 l'assuré puisse reprendre le travail, a attesté d'une pleine capacité de travail depuis le 1er mars 2014 et a annoncé la fin du traitement (dossier SUVA pce n° 131). - Les rapports médicaux des 21 janvier, 26 février et 14 mars 2014 de la Dresse H.\_\_\_\_\_, qui a estimé que son patient ne pouvait certes pas effectuer un travail manuel exigeant le port de charges de plus de 10 kg, mais qu'il était apte à travailler dans une entreprise de petit usinage ou de manutention depuis le 1er mars 2014 (dossier SUVA pces n° 132, 141, 144). - La prise de position du 8 mai 2014 du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin

spécialiste en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en rhumatologie, médecin d'arrondissement, qui a noté que le suivi orthopédique a pris fin en février 2014. S'agissant de l'incapacité de travail, il a retenu que « Dans l'activité antérieure et si on tient compte de quelques limitations imposées par la problématique du MSD, on peut sans autre tabler sur un taux d'activité professionnelle à 100% (horaire et rendement) chez l'assuré. Les limitations qui sont imposées par la main et le poignet G côté dominant sont les suivantes: l'assuré peut travailler sans autre sur toute la journée et effectuer des travaux industriels légers à moyens en évitant le port de charges lourdes de façon répétitive à soulever avec le MSD de plus de 10 à 15 kg par jour, éviter les mouvements répétitifs par exemple serrage, desserrage, vissage, dévissage ainsi que toute activité contraignante pour le MSD ainsi que liée à des coups, des à-coups ou des vibrations de façon soutenue. L'utilisation d'échafaudages ou d'échelles est fortement contre-indiquée, également pour des questions de sécurité. Le travail dans des ambiances froides à très froides devrait également être évité. Si ces quelques limitations sont prises en compte, on peut considérer l'assuré comme étant capable de retravailler normalement à 100% avec un rendement de 100% ». Le médecin a par ailleurs considéré que les séquelles actuelles n'atteignent pas un degré suffisant pour une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a noté, de surcroît, que l'assuré s'exprimait bien en français (dossier SUVA pce n° 157). - Le rapport d'évaluation d'ergothérapie du 18 juillet 2014 de l'ergothérapeute L. \_\_\_\_\_, qui a exposé que « la non homogénéité de la répétition des mesures ne permet pas de déterminer avec certitude la présence de douleurs neuropathiques – ou non. Nous ne pouvons pas établir de bilan soit positif – ou négatif – dans ces conditions. [...] Les fluctuations rapportées par le patient ne nous permettent pas de proposer un traitement » (dossier SUVA pce n° 173). - Les rapports médicaux des 4 septembre 2014, 16 juillet et 20 janvier 2015 de la Dresse H. \_\_\_\_\_, qui a décrit une évolution défavorable avec persistance de douleurs et une tuméfaction de la main. Elle a estimé que son patient ne pouvait plus exercer d'activité professionnelle depuis le 11 juillet 2014. Elle lui a prescrit une attelle de contention et du Lyrica à son patient (dossier SUVA pces n° 177, 194, 223). - La prise de position du 23 avril 2015 du Dr E. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement, qui a noté que l'évaluation du Dr F. \_\_\_\_\_ « a permis de conclure que la poursuite d'une ergothérapie n'était pas susceptible d'amener une amélioration durable dans un contexte de douleurs fluctuantes d'autant que quelques discordances étant également notées lors de l'examen. La Dresse H. \_\_\_\_\_ qui a revu le patient décrit la persistance d'un syndrome douloureux et atteste d'une nouvelle incapacité de travail à 100%. Aucun élément objectif nouveau n'est cependant rapporté permettant de modifier l'exigibilité fixé par le Dr F. \_\_\_\_\_ lors de son bilan final. Nous ne nous prononçons pas sur des facteurs non organiques éventuels qui semblent se greffer sur l'évolution du cas et dont l'adéquation avec l'accident reste à démontrer. Dans la mesure où les limitations

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 actuelles ne permettent pas à cet assuré de mettre en valeur une pleine capacité dans l'activité de travail actuel: il convient d'ores et déjà d'envisager une reconversion professionnelle dans une activité respectant les limitations décrites par le Dr F. \_\_\_\_\_ » (dossier SUVA pce n° 198 s.). - La prise de position du 24 septembre 2015 du Dr D. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement, qui a exposé que « Subjectivement, le patient annonce que l'évolution, qui demeure défavorable, demeure identique à celle qui prévalait au moment de l'examen à l'agence du 08.05.2014. Objectivement, on constate une évolution favorable par rapport à l'examen du 08.05.2014 avec notamment l'absence d'amyotrophie de la ceinture scapulaire

et du MS, une trophicité de la main D conservée et des marques de travail présentes dans la paume des 2 mains. Il n'y a pas de tuméfaction du coude, de l'avant-bras et du poignet. Une très discrète tuméfaction indolore, vraisemblablement séquellaire d'un ancien traitement chirurgical, est présente à la face dorsale de la tête du 4ème métacarpien et du 3ème espace inter- métacarpien et de la phalange basale de l'annulaire et du médus D. La coloration, la température cutanée et la sudation de la main et des doigts sont conservées et la mobilité articulaire du coude et du poignet est symétrique. La mobilité des doigts s'est améliorée puisque la distance pulpe/paume est de 0cm alors qu'elle était comprise entre 1 et 3cm lors de l'examen précédent. La force à l'examen dynamométrique s'est également améliorée de manière notable par rapport à l'examen précédent au MSD puisqu'elle est de 24/26kg alors qu'elle était de 16kg lors de l'examen précédent. Sur le plan médical, la situation, qui n'a pas évolué subjectivement et qui s'est améliorée objectivement, est suffisamment stabilisée pour évaluer les séquelles lésionnelles. Les suites de l'accident ne nécessitent plus de suivi médical. Il n'y a pas de traitement médicamenteux, de traitement de physiothérapie et d'ergothérapie et pas de traitement chirurgical susceptible de l'améliorer de manière notable et il n'y a plus d'indication à porter une attelle ou un gant de compression. Sur le plan asséculogique, une pleine capacité de travail (horaire et rendement) est exigible avec les limitations définies au terme de l'examen du 08.05.2014 et les séquelles lésionnelles n'atteignent pas un degré suffisant pour une indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA (IpAI) » (dossier SUVA pce n° 225). - Les rapports médicaux des 30 juillet et 17 décembre 2015 du Dr M.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en orthopédie, qui a fait état d'une limitation partielle de la mobilité de la main et requis une évaluation neurologique (dossier SUVA pces n° 238, 247, 251). - La prise de position du 7 février 2017 du Dr G.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement, qui a considéré que les limitations fonctionnelles retenues par les Drs F.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ lui paraissaient correctes et exhaustives au vu des constatations cliniques objectives de ce dernier. Le médecin a par ailleurs affirmé, après avoir interrogé le Dr D.\_\_\_\_\_, que l'assuré « présentait un degré de compréhension de la langue française largement suffisant pour s'entretenir avec le médecin d'arrondissement et par là-même, ne nécessitait aucun interprète » (dossier SUVA pce n° 282). - Divers certificats d'incapacité de travail et prescriptions de physiothérapie émanant de médecins (dossier SUVA pces n° 5 s., 9 s., 12, 14, 17, 20, 22, 25, 28, 31, 37, 39, 41, 47 s., 57 s., 64, 66 s., 78, 90, 94, 99 à 101, 104, 106, 109, 113, 121, 125 s., 130, 132, 171, 185, 187 s.), ainsi que des rapports médicaux émanant du Service de cardiologie de N.\_\_\_\_\_ (dossier SUVA pces n° 142).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17

## **E. 8.2**

Discussion En l'espèce, il n'est pas contesté que la situation clinique du recourant est stabilisée. Les Drs I.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ ont en effet constaté que les suites de l'accident ne nécessitaient plus de suivi médical et qu'il n'y avait pas de traitement médicamenteux, de traitement de physiothérapie, d'ergothérapie ni de traitement chirurgical susceptible d'améliorer de manière notable l'état de santé de l'assuré. Son droit à la rente d'invalidité peut dès lors être examiné (art. 19 al. 1 LAA).

### **E. 8.2.1**

L'autorité intimée s'est essentiellement fondée sur les appréciations médicales du 8 mai 2014 du Dr F.\_\_\_\_\_, du 23 avril 2015 du Dr E.\_\_\_\_\_, du 24 septembre 2015 du Dr D.\_\_\_\_\_ et du 7 février 2017 du Dr G.\_\_\_\_\_, ses médecins d'arrondissement. L'origine d'un rapport médical, la personne de l'expert, n'est pas déterminante en soi, seul le rapport en lui-même devant être examiné au titre de moyen de preuve. On peut tout d'abord souligner que les quatre médecins d'arrondissement sont spécialisés soit en médecine physique et réadaptation soit en chirurgie orthopédique. Il convient, en conséquence, d'accorder à leurs prises de position une valeur probante accrue (sur les spécialisations des médecins appelés à examiner les demandes de prestations, cf. l'arrêt TF 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 et les références citées). En ce qui concerne les appréciations médicales des Drs F.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, force est de constater que ceux-ci ont personnellement examiné le recourant, ont clairement retranscrit et pris en considération ses plaintes, ont procédé à une étude fouillée des points litigieux importants, ont exposé leur appréciation médicale de manière claire et univoque et ont motivé leurs conclusions à satisfaction. Le fait que le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ contienne quelque imprécision sur les prestations de chômage dont a bénéficié l'assuré ou sur les incapacités de travail qui lui ont été reconnues ne sauraient mettre en cause son appréciation, respectivement parce que ces informations ne sont pas d'ordre médical et qu'il n'est point nécessaire qu'un médecin prenne position sur tous les rapports de ses confrères. En outre, comme on l'a vu (cf. supra consid. 2), les connaissances en langue française limitées du recourant n'ont pas empêché le bon déroulement de l'examen médical. Les appréciations des Drs E.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ ne sont certes pas fondées sur un examen personnel de l'assuré et apparaissent moins détaillées; il n'en demeure pas moins que ces médecins, en se fondant sur les constatations cliniques rendues par les Drs F.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, ont expressément confirmé les conclusions prises par ces derniers. Les conclusions des médecins d'arrondissement sont au demeurant confirmées par le Dr K.\_\_\_\_\_ implicitement et par le Dr I.\_\_\_\_\_ explicitement. Les appréciations médicales des médecins d'arrondissement apparaissent ainsi parfaitement concordantes et pertinentes. Aussi convient-il d'accorder foi à leurs conclusions. De surcroît, il convient de noter que le Dr D.\_\_\_\_\_ a encore constaté une amélioration importante de la situation clinique du recourant par rapport à l'examen effectué par le Dr F.\_\_\_\_\_, ce qui confirme les conclusions de ce dernier, a fortiori: le Dr D.\_\_\_\_\_ a en effet noté que l'assuré ne présentait pas d'amyotrophie de la ceinture scapulaire et du membre

Tribunal cantonal TC Page 14 de 17 supérieur, que la trophicité de la main droite était conservée, que des marques de travail étaient présentes dans la paume des deux mains, qu'il n'y avait pas de tuméfaction du coude, de l'avant-bras et du poignet, que la coloration, la température cutanée et la sudation de la main et des doigts étaient conservées, que la mobilité articulaire du coude et du poignet était symétrique, que la mobilité des doigts s'était améliorée, que la force à l'examen dynamométrique s'était améliorée de manière notable, que l'assuré ne prenait plus de traitement médicamenteux, de traitement de physiothérapie et d'ergothérapie et qu'il ne devait plus porter d'attelle ou de gant de compression. Quant aux rapports des Drs M.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, ils n'ont manifestement pas vocation à jeter le doute sur le bien-fondé des conclusions des médecins d'arrondissement. Ceux du Dr M.\_\_\_\_\_ – qui n'a fait que laconiquement état d'une limitation partielle de la mobilité de la main – sont succincts à l'extrême, en partie illisibles et dénués de toute motivation médicale. Ceux de la Dresse H.\_\_\_\_\_ sont également par trop succincts. Cette dernière est par ailleurs certes spécialisée en médecine interne

générale, mais elle est intervenue en qualité de médecin traitante, qui en tant que telle sera généralement encline, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (cf. à cet égard, supra consid. 7.1). Enfin, sa position n'est pas nécessairement incompatible avec celle des médecins d'arrondissement: si le recourant a possiblement subi une rechute depuis le 11 juillet 2014, comme l'a retenu sa médecin traitante, son état de santé s'est par contre très nettement amélioré par la suite, au plus tard au 3 septembre 2015, ainsi qu'en atteste le rapport d'examen du Dr D.\_\_\_\_\_; or, dans la mesure où la SUVA a versé l'indemnité journalière jusqu'au 3 septembre 2015, la rechute invoquée ne saurait avoir quelque influence sur la question du droit à la rente d'invalidité (cf. art. 16 al. 2 LAA). C'est le lieu de noter que, dans sa prise de position du 23 avril 2015, le Dr E.\_\_\_\_\_ a laissé entendre que des facteurs non-organiques avaient pu se greffer sur la problématique strictement physique. Ce médecin n'en a fait mention que comme une éventualité. De plus, aucun autre médecin, ni même le recourant d'ailleurs, ne le prétendent. En tout état de cause, on peut relever ici que l'accident du 13 février 2012 peut tout au plus entrer dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité. Dans un tel cas de figure, pour qu'on puisse admettre le caractère adéquat d'une atteinte psychique, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (cf. 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 citées; pour les critères, cf. supra consid. 4.2). Or, en l'espèce, aucun de ces sept critères n'est rempli: l'accident n'a pas été particulièrement impressionnant. Les lésions physiques endurées par l'assuré ne sont pas importantes et ne sont pas de nature à entraîner des troubles psychiques, tant s'en faut. La durée du traitement n'a pas été anormalement longue, même s'il y a eu une rechute de quelques mois. Enfin, en ce qui concerne le critère de la persistance des douleurs, le seul fait que le recourant a présenté une symptomatique douloureuse ne permet pas encore à lui seul d'admettre que ce critère est réalisé (cf. dans ce sens, l'arrêt TF 8C\_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2.2). Les autres critères ne sont manifestement pas réalisés.

### **E. 8.3**

Eu égard à tout ce qui précède, la Cour de céans considère, avec les Drs F.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, que le recourant peut exercer, à plein temps et avec un plein rendement, toute activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles suivantes: éviter le port de charges lourdes de plus de 10 à 15 kg par jour de façon répétitive avec le membre supérieur droit, éviter les mouvements répétitifs (par exemple serrage, desserrage, vissage, dévissage), éviter les

Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 activités liées à des coups, des à-coups ou des vibrations de façon soutenue, éviter les échafaudages et les échelles, éviter les ambiances froides. En l'occurrence, les preuves figurant au dossier ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une expertise judiciaire ou administrative complémentaire (appréciation anticipée des preuves; cf. supra consid. 7.2).

### **E. 8.4**

Le recourant pourrait ainsi reprendre, à plein temps et sans diminution de rendement, son activité habituelle de cariste, du type de celles qu'il a ré-exercé pendant quelques mois à

titre temporaire ou alors une autre activité de cariste compatible avec ses limitations fonctionnelles notamment. Il ressort en effet des descriptions de ces postes par les employeurs respectifs que les activités exercées par l'assuré seraient compatibles avec les limitations fonctionnelles retenues par le Dr F. \_\_\_\_\_, dans la mesure où ils n'impliquent au plus que des ports de charge occasionnels et ne nécessitent pas de mouvements répétitifs sollicitant fortement la main droite ou l'avant-bras droit (cf. dossier SUVA pces n° 32, n° 194 p. 15, n° 204 p. 7 et 14). Les activités de conduire un élévateur ou de charger de la marchandise peuvent certes être considérées comme répétitives (cf. dossier SUVA pces n° 32 et 151), mais elles ne sauraient être aussi contraignantes pour le membre supérieur droit que des mouvements répétitifs tels que le serrage, le desserrage, le vissage et le dévissage; elles ne constituent d'ailleurs pas des activités mono-manuelles, en ce sens que l'assuré peut s'aider de son membre supérieur gauche pour les mener à bien. Les Drs F. \_\_\_\_\_, D. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ ont en ce sens explicitement noté que l'assuré était apte à reprendre sa précédente activité et le recourant a d'ailleurs lui-même expressément admis que les activités exercées auprès des deux dernières entreprises étaient conformes aux limitations fonctionnelles retenues. En définitive, seul le Dr E. \_\_\_\_\_ a considéré que l'assuré devait envisager une reconversion professionnelle: cette conclusion apparaît à tout le moins surprenante, dans la mesure où il a expressément confirmé et fait sienne l'appréciation médicale du Dr F. \_\_\_\_\_, sans s'en écarter de quelque façon que ce soit, sans exprimer de désaccord et sans motiver médicalement sa position. Il convient ainsi de donner préséance aux conclusions concordantes et médicalement motivées des Drs F. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_. Force est dès lors de conclure que le recourant ne présente aucune perte de gain.

### **E. 8.5**

Subsidiairement, on peut noter que, même s'il fallait admettre – ainsi que l'a fait l'autorité intimée – que le recourant ne serait plus apte à reprendre son activité habituelle et qu'il devrait dès lors exercer une activité de substitution adaptée, il ne présenterait pas une perte de gain suffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité en application de l'art. 18 al. 1 LAA. En effet, les 5 postes des DPT considérés apparaissent tout à fait exigibles de l'assuré au vu de ses limitations. Les Drs F. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ n'entendaient à l'évidence pas exclure toute activité répétitive du champ d'activités potentielles du recourant; ils ont par contre considéré qu'une activité, contraignante de manière répétitive pour le membre supérieur droit, n'était plus exigible. Or, les 5 postes considérés n'entrent pas dans cette catégorie d'activités. Quant à la comparaison de revenus effectuée par la SUVA en application de la méthode statistique, elle ne prête pas non plus le flanc à la critique. Elle apparaît tout au contraire favorable au recourant, dans la mesure où un abattement ne se justifie en principe pas pour un homme pouvant travailler à plein temps (cpr. arrêt TF 8C\_419/2012 du 21 septembre 2012). Quant aux limitations fonctionnelles présentées par le recourant, elles sont compatibles avec maintes activités peu ou moyennement lourdes. Par ailleurs, le salaire de niveau de compétence 1 est suffisamment

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17 représentatif et recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts TF 8C\_97/2014 du 16 juillet 2014; 9C\_963/08 du 27 mai 2009 et les références citées). De plus, l'âge du recourant ne justifie en lui-même aucun abattement (cpr. arrêt TF 9C\_805/2012 du 15 mai 2012), à tout le moins pas en assurance-accidents, ce facteur étant étranger au sinistre. De même, les difficultés

invoquées à trouver un travail de substitution ne sont pas tributaires de son état de santé, mais exclusivement de facteurs relevant cas échéant de l'assurance-chômage (VSI 2000 70; arrêt TF 9C\_386/2012 du 18 septembre 2012). Enfin, c'est le lieu de noter que le juge ne peut sans motif pertinent substituer sa propre appréciation à celle de l'administration, laquelle dispose en cette matière d'un large pouvoir d'appréciation (cf. ATF 137 V 71 et les références citées; arrêt TF 8C\_490/2011 du 11 janvier 2012). Dans ces conditions, un abattement au titre de désavantage salarial supérieur à 10% apparaît manifestement exclu. Cela étant, les calculs de comparaison de revenus opérés par l'autorité intimée, que ce soit par la méthode des DPT ou par la méthode statistique, apparaissent correctes et peuvent être repris céans.

#### **E. 8.6**

Partant, le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité.

#### **E. 9**

Le second point litigieux concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

##### **E. 9.1**

Dans la mesure où cette problématique doit être traitée uniquement sous l'angle médical (arrêt TF 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2), il s'agit de se référer une nouvelle fois au dossier. Les seuls médecins qui se soient prononcés sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité sont les Drs F. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, qui ont estimé, dans leurs prises de position respectives des 8 mai 2014 et 3 septembre 2015, que les séquelles de l'accident n'atteignaient pas un degré suffisant pour justifier une indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA.

##### **E. 9.2**

Cette appréciation apparaît convaincante au regard des pièces médicales figurant au dossier et des considérations relatives à l'exigibilité qui précèdent. Elle n'est par ailleurs contredite par aucun des médecins sollicités et le recourant n'a apporté aucune motivation susceptible de la mettre en cause. Sous cet angle, les critiques formulées par le recourant ne constituent tout au plus qu'une contestation de principe à l'endroit d'une décision n'allant pas dans son sens, ce qui ne saurait à l'évidence fonder grief recevable.

##### **E. 9.3**

C'est ainsi à bon droit que la SUVA a également refusé une indemnité pour atteinte à l'intégrité au recourant.

##### **E. 10.1**

Eu égard à ce qui précède, le recours du 14 mars 2017, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition du 13 février 2017 confirmée.

##### **E. 10.2**

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

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17

##### **E. 10.3**

Il n'est pas alloué de dépens à la SUVA, chargée de tâches de droit public (cf. arrêts TF 8C\_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6; 9C\_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8 et la référence citée, qui vont également dans le sens de l'art. 133 du Code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative [CPJA; RSF 150.1]). la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il n'est pas alloué 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 10 juillet 2018/yho Le Président: Le Greffier:

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