

FR_GERICHTE 605 2019 37 vom 6. Februar 2020

FR Kantonsgericht, 2020-02-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_37

FR: FR_GERICHTE 605 2019 37 du 6 février 2020

IT: FR_GERICHTE 605 2019 37 del 6 febbraio 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 16

juin 2011 avec ténotomie du long chef du biceps, réinsertion transosseuse du sus-épineux sécurisée sur une ancre, puis le 24 mai 2012 avec capsulolyse, débridement sous-acromial et mobilisation sous narcose. La Suva a pris le cas en charge, versant notamment des indemnités journalières entre le 30 mai 2011 et le 31 août 2014. Par décision du 2 juillet 2014, se référant en particulier à un examen médical final du 27 juin 2014 de son médecin d'arrondissement, elle a ensuite refusé d'octroyer la rente d'invalidité demandée par le recourant, au motif qu'aucune perte de capacité de gain ne résultait de l'accident du 15 mai 2007. Elle lui a par contre versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité basée sur un taux de 15%, correspondant à un montant de CHF 16'020.-, en raison d'une forte limitation de la mobilité de l'épaule gauche et d'une diminution significative de la force de préhension du membre supérieur gauche, non dominant (voir dossier Suva n. 16.33669.07.0, pièces 221 à 225). C. Le 21 juillet 2015, alors qu'il était employé depuis le 18 mai 2015 comme aide-ouvrier par la société D. _____ SA Ltd, succursale de E. _____, désormais radiée du registre du commerce, dont le but social était l'exploitation d'une entreprise générale (voir www.vd.ch/rc), le recourant a fait une chute. La barrière sur laquelle il s'appuyait a cédé et il est tombé d'une hauteur d'un peu moins de deux mètres depuis le quai de chargement d'un magasin où il était allé acheter de la nourriture. Il s'est fracturé le bras droit et a été opéré le 24 juillet 2015. Le matériel d'osthéosynthèse posé à cette occasion a été enlevé le 10 novembre 2016. La Suva a pris le cas en charge (dossier Suva n. 24.71039.15.5, ci-après dossier Suva). En raison d'une incapacité de travail en lien notamment avec le développement d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC) postopératoire, elle a en particulier versé des indemnités journalières jusqu'au 31 juillet 2018. Par décision du 28 août 2018, confirmée sur opposition le 4 janvier 2019, la Suva a nié le droit à une rente d'invalidité. Se référant notamment à un examen médical final du 15 mars 2018 de son médecin d'arrondissement, elle a retenu que le recourant disposait d'une capacité de travail entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée et qu'il ne subissait en conséquence aucune perte de gain. Elle a également refusé toute indemnité pour atteinte à l'intégrité en lien avec l'atteinte au poignet droit.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 15 D. Par acte déposé par son mandataire le 1er février 2019 auprès de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, le recourant conteste la décision sur opposition du 4 janvier 2019. Sous suite de dépens, il demande l'octroi dès le 1er août 2018 d'une rente d'invalidité de 57%, subsidiairement la mise en œuvre d'une expertise médicale et plus subsidiairement l'octroi dès le 1er août 2018 d'une

rente d'invalidité de 14%. Il conclut également à l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30% « en raison des séquelles du membre supérieur droit ». A l'appui de ses conclusions, il soutient pour l'essentiel qu'il souffre toujours d'un SRDC et des limitations fonctionnelles au poignet droit et à la main droite qui engendrent une incapacité de travail de 50% attestée médicalement dans toute activité professionnelle. Il conteste au surplus le montant du montant retenu par la Suva au titre de revenu qu'il réaliserait sans atteinte à la santé. E. Dans ses observations du 12 avril 2019, la Suva conclut au rejet de l'ensemble des conclusions du recours. S'agissant du droit à une rente d'invalidité, elle admet en substance l'existence d'un SDRC qui a grevé l'évolution post-opératoire en juillet 2015, mais relève que ce syndrome est désormais guéri, de telle sorte que la capacité de travail totale dans une activité adaptée doit être confirmée. Elle maintient également son estimation du revenu de valide. Enfin, elle réaffirme que les séquelles dont souffre le recourant au poignet droit n'atteignent pas, sous l'angle de leur gravité, le taux minimal nécessaire pour ouvrir le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. F. Lors d'un second échange d'écritures, les parties campent sur leurs positions, en produisant de nouveaux rapports médicaux pour les appuyer. Leurs arguments seront discutés dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Recevabilité. Le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année, et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Dûment représentée, le recourant est par ailleurs directement atteint par la décision querellée et possède dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Le recours est en conséquence recevable. 2. Règles relatives au droit à une rente. 2.1. En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 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. Selon la jurisprudence, les circonstances prévalant lors de la naissance du droit à la rente sont essentielles pour procéder à une comparaison des revenus et, par conséquent, pour déterminer le taux d'invalidité. Il convient toutefois également de prendre en compte les modifications subséquentes survenant jusqu'à la date de la décision et pouvant influencer le droit mentionné (voir ATF 129 V 222 consid. 4.1; 128 V 274 consid. 4a). 2.2. En ce qui concerne tout d'abord le revenu sans invalidité, est déterminant le salaire qu'aurait effectivement réalisé l'assuré sans atteinte à la santé, selon le degré de la vraisemblance prépondérante. En règle générale, on se fonde sur le dernier salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, compte tenu de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente. Au regard des capacités professionnelles de l'assuré et des circonstances personnelles le concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2; 135 V 58 consid. 3.1 et la référence). Tel sera le cas lorsque l'on ne dispose d'aucun renseignement au

sujet de la dernière activité professionnelle de la personne assurée, ou si le dernier salaire que celle-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, la personne assurée était au chômage, ou rencontrait déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé, ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de la personne assurée avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêt TF 9C_416/2010 du 26 janvier 2011 consid. 4.2 et les références). Dans les cas où il ne peut pas être fait référence au dernier salaire perçu, la jurisprudence admet que le revenu sans invalidité puisse en principe être déterminé en se fondant sur des données statistiques (voir arrêts TF 9C_57/2017 du 21 avril 2017 consid. 5.2; 9C_376/2017 du 30 octobre 2017 consid. 5.3, 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références). Toutefois, dans les domaines où une convention collective de travail est applicable, il convient plutôt de se référer aux salaires fixés par celle-ci. En effet, dans la mesure où ils tiennent mieux compte des différentes catégories d'activités que les statistiques salariales, ils sont mieux à même de respecter le principe selon lequel le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible (voir arrêts TF 8C_778/2017 du 25 avril 2018 consid. 4.4; 8C_462/2014 du 18 novembre 2014 consid. 5.1 et les références). 2.3. S'agissant ensuite du revenu d'invalidité, 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310). Il convient en effet d'évaluer le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsque l'assuré a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité repose sur des rapports de travail stables, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'éléments de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidité (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa). Si, en revanche, l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué, notamment, sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il est également possible de recourir à une enquête menée par la SUVA auprès 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'invalidité 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 SUVA 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 (voir 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). 3. Règles relatives au degré de preuve et à l'appréciation des documents médicaux. 3.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Cela signifie que 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. 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 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 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 319 consid. 5a).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 3.2. Pour statuer, 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 3.3. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à

l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). 4. Discussion sur le droit à une rente. 4.1 En l'espèce, la Suva nie tout droit à une rente d'invalidité, au motif que la comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA fait ressortir une absence de toute perte de gain. Ce constat est contesté par le recourant qui conclut quant à lui principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité au taux de 57%. 4.2. Concernant d'abord le revenu qui aurait pu être obtenu sans atteinte à la santé (revenu de valide), la Suva retient qu'il peut être estimé à CHF 57'739.- par an, sur la base du calcul suivant: salaire horaire de CHF 25.- réalisé au moment de l'accident dans l'activité d'aide-monteur en construction métallique x 41 heures de travail par semaine selon la Convention collective de travail du second œuvre x 52 semaines x 108.33%.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 4.2.1. Le recourant conteste ce calcul par deux arguments apparemment contradictoires. En effet, il reproche à la Suva de s'être référée à un nombre d'heures hebdomadaires qui est certes prévu par la Convention collective de travail du second œuvre, mais qui ne correspond pas au nombre effectif d'heures qu'il aurait effectué auprès de son ancien employeur. Et dans le même temps, il soutient que la Suva ne pouvait pas se référer au salaire qu'il réalisait auprès de celui-ci puisque l'entreprise avait cessé toute activité et avait été radiée du registre du commerce dans l'intervalle. 4.2.2. Selon le contrat de travail conclu le 15 mai 2015 (dossier Suva p. 64), la durée du travail était déterminée en fonction de la Convention collective de travail romande du second œuvre, soit 41 heures par semaine. Il en allait de même du salaire horaire de CHF 25.- brut, vacances et 13ème salaire non compris. La durée hebdomadaire de 45 heures mentionnée par l'ancien employeur dans la déclaration d'accident (dossier Suva p. 5) ne correspond ainsi pas à celle prévue tant par le contrat que par la convention collective applicable. Vu l'incertitude existant quant au nombre d'heures de travail qui étaient effectivement accomplies par le recourant dans son emploi avant l'accident, le salaire qu'il réalisait dans son ancienne activité ne peut être déterminé avec précision. A ce constat s'ajoute que le fait que la société pour laquelle le recourant a travaillé en dernier lieu a cessé toute activité et a été dissoute. Dans ces conditions, c'est à raison que la Suva a fixé le revenu de valide en se référant à la Convention collective de travail romande du second œuvre. A cet égard, on peut ajouter que, contrairement à ce que semble soutenir le recourant, la fixation du revenu de valide en référence aux salaires prévus par convention collective de travail n'est pas admissible uniquement pour le domaine de la construction du gros œuvre. En effet, d'autres conventions collectives, telles que celle applicable dans les cantons romands pour le domaine du second œuvre ou celle applicable pour l'artisanat du métal, présentent également l'avantage de permettre de tenir mieux compte des différentes catégories d'activité que les statistiques salariales et d'évaluer ainsi de la manière la plus concrète possible le revenu sans invalidité. 4.2.3. Sur la base de ce qui précède, le revenu de valide de CHF 57'739.- par an peut être confirmé. Il correspond en effet au salaire annuel calculé sur la base de la Convention collective de travail du domaine du second œuvre pour l'activité d'aide-monteur en construction métallique: salaire horaire de CHF 25.- x 41 heures de travail par semaine x 52 semaines par an (ce qui permet de prendre en considération le salaire afférent aux vacances) x 108.33% (pour tenir compte du droit à un treizième salaire). 4.3. Quant au revenu que le recourant est capable de réaliser en dépit des

séquelles de l'accident, la Suva l'a fixé dans la décision attaquée au montant annuel de CHF 59'506.- correspondant à la moyenne des salaires ressortant de cinq fiches DPT (voir consid. 2.3) relatives à des postes de travail qu'elle a considérés comme adaptés aux limitations fonctionnelles du recourant. Le recourant ne conteste ni les postes de travail utilisés comme référence, ni le revenu annuel moyen qui en résulte. Il soutient toutefois que sa capacité de travail est limitée à 50% en raison de du syndrome douloureux régional complexe dont il affirme toujours souffrir. Il conclut dès lors à ce que son revenu d'invalidé soit fixé à CHF 29'753.- par an, soit la moitié du montant précité de CHF 59'506.-.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 Sur ce point, le litige porte dès lors sur la question de savoir si la capacité de travail du recourant est effectivement réduite en raison de la persistance d'un syndrome douloureux régional complexe. Il s'agit dès lors d'abord de revenir sur l'atteinte à la santé survenue suite à l'accident, ainsi que sur son évolution, en appréciant les éléments médicaux figurant au dossier. 4.3.1. Dans les suites d'une première chute survenue de sa hauteur en 2007, qui a donné lieu à une opération chirurgicale en 2011, le recourant est fortement limité dans la mobilité de son épaule gauche et la force de préhension de son membre supérieur gauche, non dominant, est diminuée de façon significative. Pour ce premier accident, il a perçu des indemnités journalières depuis 2011 jusqu'au 31 août 2014, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. Il a toutefois été admis qu'il conservait une capacité de travail de 100% dans toute activité professionnelle prenant en considération les limitations concernant son épaule gauche non dominante: abstention de travaux au-dessus de la tête; limitation de port de charges à 10 kg maximum à la hauteur de hanches, 5 kg maximum à la hauteur du thorax et 1 kg à la hauteur des épaules; abstention d'activités liées à des vibrations, des coups ou des à-coups (notamment l'utilisation de masse, massette ou gros marteau); utilisation contre-indiquée d'échelles ou d'échafaudages; mouvements répétitifs avec le bras gauche, de type vissage/dévisage, également contre-indiqués (voir dossier Suva n. 16.33669.07.0 p. 222). Après l'arrêt du versement des indemnités journalières à la fin de l'été 2014, le recourant est d'abord resté sans revenu, puis a perçu des indemnités de l'assurance-chômage. Au mois de mai 2015, il a repris un emploi dans le domaine de la construction, comme aide-monteur en construction métallique (voir rapport d'entretien du 12 janvier 2016; dossier Suva p. 42). Le recourant exerçait ainsi une activité professionnelle à 100% lorsque, le 21 juillet 2015, il a chuté d'un quai de chargement d'une hauteur d'un peu moins de deux mètres, en se réceptionnant sur la tête, le dos et le bras droit. A cette occasion, il s'est fracturé le bras droit (fracture intra-articulaire impactée du radius distal). Aucune fracture n'a par contre au niveau de la colonne cervicale, de la colonne lombaire ou du crâne, seule une minime contusion hémorragique ayant été suspectée à ce dernier endroit (rapport médical du 21 juillet 2015 du Département de radiologie de F. _____, dossier Suva p. 72) Opéré le 24 juillet 2015, le recourant a bénéficié d'une réduction ouverte avec ostéosynthèse par plaque palmaire. Malgré des séances de physiothérapie deux fois par semaine et des séances d'ergothérapie une fois par semaine, il a continué à ressentir des douleurs au niveau de la main droite. Parallèlement à cette problématique, il a indiqué souffrir régulièrement, également en lien avec la chute, de maux de tête, ainsi que de vertiges, de douleurs à l'arrière de la tête et d'autres troubles tels que fatigue, oublis, perte de mémoire, troubles de l'odorat et de la vision. Il s'est également plaint de douleurs dans le bas du dos (voir notamment rapport d'entretien du 12 janvier 2016; dossier Suva p. 42). Notamment en raison des douleurs persistantes à la main droite, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été décidée. L'opération a eu lieu le 10 novembre 2016. Une révision de la 3ème coulisse

des extenseurs a été effectuée dans le même temps (voir protocole opératoire de la clinique de chirurgie orthopédique de F. _____, dossier Suva p. 131).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 4.3.2. Dans les suites de la première opération du 24 juillet 2015, un syndrome douloureux régional complexe (SDRC ou maladie de Sudeck; abréviation en anglais: CRPS) postopératoire a été mis en évidence. C'est la médecin généraliste traitante, Dr G. _____ qui, constatant une mobilité du poignet droit très réduite et douloureuse, mentionne d'abord un « possible CRPS » (rapport du 3 octobre 2015 à l'attention de la Suva, dossier Suva p. 21). Dans son rapport du 21 octobre 2015 (dossier Suva p. 30), le chirurgien traitant, Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique à F. _____, constate quant à lui que, à trois mois post- intervention, « la clinique parle clairement pour un CRPS avec amélioration depuis la dernière consultation ». Puis, à partir de mars 2016, il relève une situation stable avec des douleurs désormais référées surtout autour du poignet et moins au niveau de la main droite, en précisant qu'il n'y a pas de fourmillement ou de paresthésies, mais que chaque mouvement provoque une douleur légère pas clairement localisée autour de tout le poignet et que la main montre encore une rougeur diffuse légère ainsi qu'une enflure diffuse légère par rapport à l'autre côté (voir rapport du 1er mars 2016, dossier Suva p. 63; également rapports du 29 avril 2016, du 23 juin 2016 et du 6 septembre 2016, dossier Suva p. 78, 95 et 111, mentionnant systématiquement le diagnostic de CRPS du membre supérieur droit et présentant une situation pour l'essentiel inchangée quant aux douleurs ressenties au poignet). Par la suite, soit après la seconde opération du 10 novembre 2016, le chirurgien traitant indique que le patient a ressenti une claire amélioration des douleurs du poignet droit, tout en subissant toujours une diminution de force pour des travaux manuels. Il fait état d'une flexion/extension des doigts complète avec des douleurs à la palpation autour du tubercule de Lister (face dorsale du poignet). Il décrit une évolution favorable avec une tendinite des extenseurs résiduelle et il conclut qu'il n'y a à ce moment pas de signe de la maladie de Sudeck (voir rapport du 16 décembre 2016, dossier Suva p. 143). Au début de l'année 2017, le chirurgien traitant décrit la situation comme stable, mentionnant toujours une légère douleur à la palpation du poignet, ainsi qu'une absence de signe de Sudeck (rapport du 8 février 2017, dossier Suva p. 152; voir également rapports du 26 avril 2017 et du 2 mai 2017, dossier Suva p. 168 et 169, faisant état d'un manque de mobilité du poignet, d'une douleur en flexion qui reste limitée à 30° mais pas en extension). Dans la deuxième partie de l'année 2017, le chirurgien traitant constate une évolution défavorable, stagnante, avec une persistance de douleurs en flexion du poignet, toujours limitée à 30°, ainsi qu'une perte de force (voir rapports du 5 juillet 2017 et du 4 octobre 2017, dossier p. 179 et 190 ; voir également rapport du 10 octobre 2017 de Dr G. _____ reprenant pour l'essentiel ces éléments, dossier Suva n. 16.33669.07.0 p. 247). Dans le même temps, lors d'un entretien avec la Suva, le chirurgien traitant indique que son patient a probablement un seuil de la douleur très bas avec une tendance à accorder beaucoup d'importance à la moindre atteinte physique. Il relève également que suite au premier accident, celui-ci avait tout de même réussi à retravailler malgré une épaule qui est restée limitée du point de vue des amplitudes (dossier Suva p. 181). Lors d'un séjour du 19 novembre 2017 au 20 décembre 2017 auprès de I. _____, les médecins font état d'une « notion de SDRC du membre supérieur droit, au décours ». Ils relèvent que le recourant se plaignait de douleurs de la main droite, prédominant à la face dorsale et s'étendant à l'avant-bras jusqu'à l'épaule droite, augmentant par le port de charges et lors de mouvements.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 Pour le poignet droit, il est constaté des séquelles sous forme de raideur articulaire et de douleurs en relation avec la fracture. Il n'est pas trouvé d'élément en faveur d'une atteinte neurologique pouvant expliquer les douleurs annoncées. Finalement, les médecins estiment que le recourant aurait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (limitations fonctionnelles retenues, s'ajoutant aux limitations pour les activités au-dessus de l'horizontale en lien avec l'épaule gauche): ports répétés de charges de plus de 10 à 15 kg; activités nécessitant des prises de force avec la main droite. Ils relèvent toutefois que le pronostic de réinsertion dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles est « défavorable chez un patient qui estime qu'il ne pourra pas retrouver une activité professionnelle, même si l'on peut estimer qu'il aurait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée » (rapport du 5 février 2018, dossier Suva p. 208). Au début de l'année 2018, le chirurgien traitant se réfère pour l'essentiel aux constatations des médecins de I._____. Sur la base des limitations fonctionnelles constatées chez le recourant et de l'impossibilité de le réinsérer dans son ancienne activité professionnelle, il atteste une incapacité de travail de 100%. S'agissant du diagnostic, il continue à faire état uniquement d'un « status post-ablation du matériel d'ostéosynthèses radius distal à droite et révision 3ème coulisse des extenseurs le 10 novembre 2016 après une fracture radius distal droit (dominant) avec ostéosynthèse par plaque palmaire et maladie de Sudeck post-opératoire » (rapport du 8 février 2018, dossier Suva p. 215). Enfin, le 15 mars 2018, Dr J._____, médecin d'arrondissement auprès de la Suva, spécialiste en médecine interne générale, apprécie comme suit la situation: « Subjectivement, le patient mentionne une douleur au poignet droit présente en permanence même au repos et augmentée lors de la moindre sollicitation du poignet. Le patient explique que la douleur se situe surtout à la face dorsale du poignet, au niveau de la base du pouce, au niveau du coude et parfois à la hauteur du deltoïde à droite. Le patient précise qu'il n'utilise sa main droite pour ainsi dire jamais dans la vie de tous les jours. Le poignet droit n'enfle pas, il ne présente pas de changement de tégument ni de coloration et il n'y a pas de sudation particulière. Objectivement, le patient donne l'impression d'être abattu. Il n'y a aucun signe de CRPS au niveau du membre supérieur droit, il n'y a pas d'amyotrophie ni du membre supérieur droit ni de la ceinture scapulaire et il n'y a pas d'asymétrie significative de la musculature du membre supérieur droit comparée au côté gauche. Les amplitudes articulaires du poignet droit sont légèrement diminuées par rapport à la norme et en comparaison avec le côté gauche. La mobilité des doigts est excellente. Comme incohérence il est à relever que durant l'entretien le patient montre ce qu'il est capable de faire avec son bras gauche en mettant sans aucun problème la main gauche sur la tête. Lors de l'examen clinique, il n'arrive plus à poser sa main gauche sur la tête sans incliner considérablement la tête en avant. Il faut relever également que lors de l'examen de la mobilité du poignet droit, le patient s'oppose à des mouvements induits passivement par l'examineur au niveau du poignet, même dans des amplitudes entre 5 et 10°. Il n'y a aucune amyotrophie du membre supérieur droit, malgré le fait que le patient dit ne pas utiliser du tout son bras droit. » Le médecin déduit de ces constatations que, du point de vue purement somatique, pour ce qui est de l'atteinte du membre supérieur droit, le recourant a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations suivantes, en plus de celles concernant l'épaule gauche: abstention de port répété de charges de plus de 10 à 15 kg au niveau du membre supérieur droit,

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 abstention d'activités nécessitant des prise en force avec la main droite ou occasionnant des vibrations et des chocs au niveau des poignets et de

la main droite. 4.3.3. Les éléments médicaux qui précèdent permettent d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a souffert d'un SDRC post-opératoire, identifié par ses médecins traitants dans les mois qui ont suivi l'opération du 24 juillet 2015. Toutefois, il ressort également des rapports médicaux que ce syndrome a évolué ensuite de façon favorable. C'était déjà le cas le 21 octobre 2015, lorsque le chirurgien traitant évoquait un CRPS en amélioration, justifiant la suppression de deux médicaments. En mars 2016, le même médecin ne constatait plus qu'une rougeur et une enflure diffuse légère au niveau de la main droite. Puis en juin 2016, la mobilité des doigts était objectivement complète avec la disparition de l'œdème et l'absence d'atrophie cutanée. Enfin, en décembre 2016, le chirurgien traitant mentionne qu'il n'y a plus de signe de la maladie de Sudeck, ce qu'il réaffirme dans son rapport du 8 février 2017 (sur cette évolution du SDRC, voir également le rapport détaillé produit par la Suva à l'appui de ses observations, établi le 17 avril 2019 par Dr K. _____, spécialiste en neurologie, et Dr L. _____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, tous deux médecins auprès du centre de compétence Médecine des assurances de la Suva). A partir de décembre 2016, tout en constatant une certaine stagnation de la situation quant à la mobilité limitée du poignet et des douleurs persistantes, les médecins qui se prononcent sur l'état de santé du recourant ne font pas état d'un SDRC actuel, ni d'indices allant dans ce sens. Au contraire, dans son rapport du 26 avril 2017, le chirurgien traitant constate l'absence de trouble trophique au niveau de la peau et des ongles de la main droite, ainsi que l'absence de pilosité et d'hypersudation. Les examens détaillés effectués par les médecins de I. _____ vont dans le même sens puisqu'ils attestent notamment l'absence de tout signe de dysautonomie ou dystrophie cutanée. Quant au médecin d'arrondissement de la Suva, il confirme également en mars 2018, au terme d'une analyse détaillée, l'absence de tout signe actuel allant dans le sens d'un SDRC. Cette appréciation concordante n'est pas remise en cause par la mention faite dans le rapport établi par I. _____ au début de l'année 2018 à une « notion de SDRC du membre supérieur droit, au décours ». En effet, les différents examens auxquels ont procédé les médecins de la clinique ne mettent pas en évidence de signe actuel de CRPS, de telle sorte que cette mention doit être vue comme une référence à une situation qui a évolué et qui n'a plus cours. Il en va de même des indications figurant dans le rapport établi par la médecin généraliste traitante le 10 octobre 2017, rédigé en termes très généraux, évoquant « une évolution très lente, marquée par un SDRC » et précisant notamment que « les douleurs ont diminué, mais la mobilité du poignet reste limitée ». Enfin, il reste à examiner les deux rapports établis par Dr H. _____, chirurgien traitant, à la demande du mandataire du recourant en novembre 2018 dans le cadre de la procédure d'opposition (dossier Suva p. 266), puis le 15 mai 2019 suite aux observations déposées par la Suva (dossier judiciaire, p. 10): - Dans le premier de ces rapports, répondant à une question sur la cause des douleurs ressenties par le recourant, le chirurgien traitant mentionne un « probable CRPS post fracture du radius distal droit avec douleurs chroniques », avant de confirmer dans un premier temps qu'on peut parler d'un tel syndrome selon les critères de Budapest, sans autre précision, et

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 dans un deuxième temps qu'il n'y a pas d'élément objectif justifiant l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Ce rapport ne permet pas de retenir l'existence actuelle d'un CRPS au moment où il a été établi. Il ne précise pas non quels sont les critères objectifs sur lesquels l'existence d'un tel syndrome a pu être retenue. Enfin, le constat de l'absence d'élément objectif permettant de retenir l'existence d'une atteinte à l'intégrité confirme plutôt que le CRPS diagnostiqué par le passé n'est plus

d'actualité, rejoignant en cela l'ensemble des avis médicaux qui ressortent de ce qui précède. - Dans le second rapport, répondant à des questions qui n'ont pas été produites, le chirurgien traitant se réfère à une consultation du 20 février 2019 et rapporte ce qui suit : « Me basant sur les critères de Budapest, M. A. _____ a toujours une douleur hors norme. Il n'a pas d'allodynie, pas de différence de sudation, pas de différence de température mais une limitation de la mobilité au niveau du poignet. Il a une faiblesse motrice, ne montre pas de négligence. Les œdèmes encore présent il y a peu ont disparu. Il y a une absence de pilosité, de changement de la trophicité unguéale et un changement de la trophicité qui ont été présents par le passé. Il remplit donc le critère de la douleur et plus d'un critère suivant: il souffre donc théoriquement toujours d'un SDRC au niveau du membre supérieur droit mais qui est en amélioration ». Amenés à se prononcer sur ce rapport le 19 août 2019, les médecins du centre de compétence Médecine des assurances de la Suva relèvent surtout qu'un SDRC ne fait pas partie des maladies évolutives par poussée et ne peut pas récidiver. Ils constatent ensuite qu'un des signes principaux d'un SDRC, à savoir l'œdème, n'est plus constaté et que les autres signes qui existent encore, soit les changements de trophicité, font partie de ceux qui persistent après guérison. Ils en déduisent que la situation décrite par le chirurgien traitant correspond plus à un stade séquellaire du SDRC dont a souffert le recourant. L'analyse des médecins de la Suva est convaincante. Elle conduit à retenir que le SDRC peut effectivement être considéré comme guéri depuis 2016 – comme l'admettaient alors l'ensemble des médecins dont les avis figurent au dossier – et que les signes encore présents plus tard (limitation de la mobilité et de la force, changement de trophicité) ne permettent pas de retenir que le SDRC est encore présent, voire qu'il aurait récidivé. C'est dans ce sens qu'on peut lire l'affirmation du chirurgien traitant selon laquelle le SDRC peut être admise « théoriquement ». En conclusion, c'est donc à raison que la Suva n'a pas retenu la persistance d'un SDRC pour évaluer la capacité de travail résiduelle du recourant suite à l'accident qu'il a subi le 21 juillet 2015. Dans la même ligne, il convient également de confirmer l'appréciation effectuée le 15 mars 2018 par Dr J. _____, médecin d'arrondissement auprès de la Suva, concluant que, pour ce qui est de l'atteinte du membre supérieur droit, le recourant a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations suivantes, en plus de celles concernant l'épaule gauche: abstention de port répété de charges de plus de 10 à 15 kg au niveau du membre supérieur droit, abstention d'activités nécessitant des prise en force avec la main droite ou occasionnant des vibrations et des chocs au niveau des poignets et de la main droite. En effet, les avis divergents des médecins traitants se fondent essentiellement sur le postulat que le recourant continuerait à souffrir d'un SDRC, hypothèse qui vient d'être écartée.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 4.3.4. Sur la base de ce qui précède, il doit être confirmé que, contrairement à ce qu'il soutient, la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée à ses limitations, telles que celles correspondant aux postes de travail décrits dans les cinq fiches DPT prises comme référence. C'est dès lors à juste titre que le revenu d'invalidé a été fixé au montant de CHF 59'506.- correspondant à la moyenne des salaires annuels ressortant de ces cinq fiches. 4.4 Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 57'739.-) et d'invalidé (CHF 59'506.-) que le recourant ne subit pas de perte de gain, de telle sorte qu'il n'a pas droit à une rente d'invalidité. Le recours sera dès lors rejeté et la décision attaquée confirmée sur ce point. 5. Règles relatives au droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 5.1. 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 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]). 5.2. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt TF 8C_459/2008 du 4 février 2009; voir également FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, l'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., 2007, n. 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). Ce n'est qu'en cas d'affections à la colonne vertébrale que le taux de l'atteinte à l'intégrité dépend de l'intensité des douleurs ressenties par l'assuré (cf. arrêt TF 8C_389/2009 du 7 avril 2010 consid. 5.3). Il incombe par conséquent aux médecins de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, n. 235; arrêt TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009). 5.3. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se fixe en même temps que la rente d'invalidité ou, lorsqu'il n'existe aucun droit à une rente, à la fin du traitement médical. L'art. 24 al. 2 LAA fixe également le moment déterminant pour examiner les conditions matérielles d'octroi d'une telle indemnité. Dès lors que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité sert de compensation à un dommage de durée, un droit à son octroi ne peut être jugé que lorsque l'état de santé de l'assuré a été

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 stabilisé et qu'aucune amélioration ne peut être attendue par des mesures médicales (arrêt TF 8C_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 4.2 et les références). 5.4. 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). 6. Discussion sur le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. 6.1. Dans son rapport du 15 mars 2018 (dossier SUVA p. 226), Dr J. _____ constate l'absence de SDRC touchant le membre supérieur droit et considère

que les atteintes touchant en particulier le poignet droit, soit essentiellement une certaine perte de mobilité et de force, ne remplissent pas les critères permettant l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 6.2. Le recourant est en désaccord avec cet avis. Elle estime avoir droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité basée de 30% correspondant au taux admis pour la perte de la mobilité de sa main droite (voir table 1 intitulée « atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs). Il se fonde en cela sur le rapport précité de Dr J. _____ selon lequel, d'une part, la flexion palmaire et l'inclinaison radiale du poignet droit s'élèvent au maximum à 30°, respectivement 15°, alors qu'elles devraient normalement être de 50°, respectivement 25° et, d'autre part, l'abduction dans le plan palmaire et l'abduction perpendiculairement au plan palmaire du pouce droit s'élèvent au maximum à 40°, respectivement à 55°, alors qu'elles devraient normalement s'élever à 70°. Cette argumentation n'est à l'évidence pas suffisante pour contredire l'appréciation du médecin d'arrondissement, du reste partagée par le chirurgien traitant du recourant qui, dans son rapport de novembre 2018 déjà discuté ci-dessus (consid. 4.3.3), constatait lui aussi l'absence d'élément objectif permettant l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. En effet, comme le relèvent les médecins du centre de compétence Médecine des assurances de la Suva dans leur rapport du

E. 17

avril 2019, une indemnité pour perte de la mobilité de la main se justifie uniquement, au regard de la table 1, lorsque le poignet est bloqué en extension avec perte de la pronation et de la supination ou bloqué en flexion ou en extension à 45%, soit sans possibilité de le bouger, ce qui ne correspond en rien à la situation du recourant qui peut fléchir son poignet en dorsal et en palmaire, même avec une amplitude réduite. 6.3. La décision attaquée sera en conséquence également confirmée en tant qu'elle nie tout droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en lien avec son poignet droit. 7. Sort du recours et frais.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 7.1. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être intégralement rejeté et la décision sur opposition du 4 janvier 2019 confirmée. 7.2. Il n'est pas perçu de frais de procédure en raison du principe de gratuité valant en la matière. 7.3. Vu le sort du recours, il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision sur opposition du 4 janvier 2019 est confirmée. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure. 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 6 février 2020/msu Le Président : La Greffière-stagiaire :

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