

FR_GERICHTE 605 2019 74 vom 19. August 2020

FR Kantonsgericht, 2020-08-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_74

FR: FR_GERICHTE 605 2019 74 du 19 août 2020

IT: FR_GERICHTE 605 2019 74 del 19 agosto 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), 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 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou entraîne la mort.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16

E. 3.1

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. 3.2

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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 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. 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). Lorsque l'accident doit être considéré comme étant de gravité moyenne stricto sensu, il faut en principe un cumul de trois critères sur les sept (arrêt TF 8C_463/2014 du 24 juin 2015 consid. 5.2.3).

E. 4

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. 4.1

Conformément à l'art. 10 al. 1 et à l'art. 54 LAA, l'assuré a en effet droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a). Ce droit s'étend à toutes les mesures qui visent une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. La preuve que la mesure envisagée permettra d'atteindre cet objectif doit être établie avec une vraisemblance suffisante; elle est rapportée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêt TF 8C_584/2009 du 2 juillet 2010 et les références citées).

E. 4.2

Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident.

E. 5

A teneur de 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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

E. 5.1

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 A teneur de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

E. 5.2

L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail 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 du travail équilibré. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidité, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). 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). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (arrêts TF 9C_399/2007 du 14 mars 2008 et I 138/05 du 14 juin 2006 consid. 6.2.1; ATF 128 V 174; 129 V 222). Lorsqu'il y a lieu d'indexer les revenus, il convient de se référer à l'évolution des salaires nominaux, de faire une distinction entre les sexes et appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408). Pour fixer le revenu de valide, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré, ou si le dernier salaire que celui-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, l'assuré était au chômage, ou rencontrait d'ores et 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 l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts TF 9C_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3; 9C_238/2008 du 5 janvier 2009 consid. 3; B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2 et les références citées). Lorsque la jurisprudence précise qu'il y a lieu de recourir aux données

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 salariales statistiques quand le poste de travail qu'occupait la personne assurée avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité, elle envisage la situation où l'activité en question n'a plus d'existence avérée sur le marché général du travail. Dans la mesure toutefois où la profession concernée n'est pas tombée en désuétude, rien ne justifie de s'écarter du montant du dernier salaire réalisé par la personne assurée (arrêt TF 9C_238/2008 du 5 janvier 2009 consid. 4.1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, lorsqu'un assuré a réalisé un revenu sans invalidité nettement inférieur au salaire statistique usuel de la branche en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (p. ex. formation professionnelle insuffisante, limitation des possibilités d'emploi en raison du statut de saisonnier) et qu'il ne désirait pas s'en contenter délibérément, il convient d'abord d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer, soit en augmentant de manière appropriée le revenu sans invalidité effectivement réalisé ou en le remplaçant par les données statistiques, soit en réduisant de manière appropriée la valeur statistique du revenu d'invalide (ATF 141 V 1 consid. 5.4; 134 V 322 consid. 4.1). Est à considérer comme nettement inférieur au sens de cette jurisprudence, un salaire effectivement réalisé qui est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel de la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2). Si une différence au moins aussi grande devait apparaître, le parallélisme ne peut porter que sur la part qui dépasse le taux minimal de 5% (ATF 135 V 297 consid. 6.1.3). Il

convient à cet égard de tenir compte du fait que les conditions de la déduction résultant du parallélisme des revenus à comparer et de l'abattement pour circonstances personnelles et professionnelles sont dans une relation d'interdépendance, dans la mesure où les mêmes facteurs qui ont une influence sur le revenu ne peuvent pas justifier à la fois une déduction en raison du parallélisme des revenus à comparer et un abattement pour circonstances personnelles et professionnelles (ATF 135 V 297 consid. 6.2). Pour sa part, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références citées, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références citées, in VSI 1999 p. 246). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de

25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5).

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. 7

L'art. 19 LAA délimite, d'un point de vue temporel, le droit au traitement médical et à l'indemnité journalière, d'une part, et le droit à la rente d'invalidité et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, d'autre part, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêts TF U 305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 et ATF 134 V 109 consid. 4.3).

E. 7.1

Selon l'art. 19 al. 1 1ère phr. LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Ce qu'il faut entendre par "sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré" n'est pas décrit par le texte de la disposition légale. Eu égard au fait que l'assurance-accidents sociale vise, selon sa conception même, les personnes exerçant une activité lucrative (art. 1a et 4 LAA), cette notion est définie notamment par la mesure de l'amélioration attendue de la capacité de travail ou celle de sa reprise, pour autant qu'elle ait été influencée par un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16

E. 7.2

Selon l'art. 19 al. 1 2ème phr. LAA, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (arrêt TF 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.2 et les références citées).

E. 8.1

En ce qui concerne la preuve, le tribunal des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le tribunal doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (arrêt TF 9C_189/2015 du 11 septembre 2015 consid. 5.1 et les références citées).

E. 8.2

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). 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 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. 9

La SUVA a estimé que les troubles psychiques présentés par le recourant n'étaient pas en lien de causalité adéquate – l'existence d'un lien de causalité naturelle ayant été admis – avec l'accident survenu le 24 mai 2016. Le recourant s'inscrit en faux et demande à ce que, en raison de ses atteintes psychiques non stabilisées, la SUVA continue à lui verser des indemnités journalières et prenne en charge son traitement médical au-delà du 30 avril 2018 et qu'elle réserve son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité psychique.

E. 9.1

Au regard de la jurisprudence fédérale (cf. not. l'arrêt TF U 233/95 du 13 juin 1996, dans lequel le Tribunal fédéral des assurances avait classé à la limite supérieure des accidents de gravité moyenne l'accident subi par un serrurier dont la main droite dominante avait été

sévèrement mutilée, ainsi que les arrêts TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.3 et 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.2 et les arrêts cités), il ne fait aucun doute que l'accident se situe dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu, plutôt que dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite du supérieur. En effet, l'assuré n'a pas subi d'amputation et ne présente pas d'amyotrophie ni de perte visible au niveau de son membre supérieur gauche. Il n'a par ailleurs pas totalement perdu l'usage de sa main gauche, mais ne peut plus exercer d'activités professionnelles la sollicitant plus que légèrement. Les forces générées par l'accident apparaissent à cet égard insuffisants à l'aune de la jurisprudence topique constante (cf. dossier SUVA pce 192).

E. 9.2

Or, pour qu'un lien de causalité adéquate entre des troubles psychiques et un accident de gravité moyenne stricto sensu soit admis, il faut que les critères objectifs posés par la jurisprudence en la matière se cumulent (au moins trois sur sept, arrêt TF 8C_463/2014 du 24 juin 2015 consid. 5.2.3) ou revêtent une intensité particulière (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa; cf. arrêt TF 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2; cf. supra consid. 3.2). Dans la présente occurrence, l'on ne saurait admettre, au regard de la casuistique jurisprudentielle (not. citée à l'arrêt TF 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.2), que l'accident subi par l'assuré a un caractère particulièrement impressionnant. Si le recourant a certes présenté une plaie délabrante de la face dorso-radiale du poignet gauche, il n'a pas subi d'amputation (cf. arrêts TF U 280/97 du 23 mars 1999 et U 233/95 du 13 juin 1996) et sa main n'a par exemple pas été entraînée dans une ébavureuse (cf. arrêt TF 8C_175/2010 du 14 février 2011). On notera d'ailleurs que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (voir par comparaison l'arrêt TF 8C_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 5.3). En outre, aucune circonstance concomitante particulièrement dramatique n'est à déplorer. Les lésions physiques diagnostiquées – soit une plaie délabrante de la face dorso-radiale du poignet gauche avec section du long extenseur du pouce, section du long extenseur radial du carpe, section de la branche sensitive du nerf radial et arthrotomie radio-carpienne, une plaie

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 superficielle de la paume de la main droite et une plaie superficielle de la cuisse gauche – n'ont pas une gravité ou une nature particulière propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques (comparer avec l'arrêt TF 8C_1006/2010 du 31 août 2011 consid. 3.2, dans lequel l'assuré a présenté des séquelles comparables). Le critère de la durée anormalement longue du traitement médical n'est pas rempli non plus. En effet, le recourant a été pris en charge à D. _____ immédiatement après l'accident le 24 mai 2016 et y est demeuré jusqu'au 27 mai 2016, puis a subi une seconde opération le 18 janvier 2017 (comparer avec les arrêts TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 – cinq interventions – et 8C_1006/2010 du 31 août 2011 – quatre interventions –, où le critère n'a pas été considéré comme rempli). Il a suivi des séances d'ergothérapie et de physiothérapie et son état de santé physique a été considéré comme étant stabilisé au 30 avril 2018 (comparer avec l'arrêt TF 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3, qui présente des circonstances semblables et où le critère a été nié). L'intensité du traitement n'a donc pas été telle que l'on puisse parler d'un traitement anormalement long. Aucune erreur médicale n'a par ailleurs été relevée en l'espèce. Le fait que le recourant ait dû subir une seconde intervention chirurgicale ne signifie pas nécessairement qu'il ait eu des complications importantes empêchant une guérison (cf. l'arrêt TF 8C_755/2012 du 23

septembre 2013 consid. 4.2.5). In casu, il a été constaté (dossier SUVA pce 236) que le trouble sensitif de la main gauche est la conséquence séquellaire de la lésion de la branche sensitive du nerf radial gauche, avec une hyposensibilité au niveau du pouce et de l'index gauches. Il ne s'agit donc pas d'une complication indépendante. En tout état de cause, dans la mesure où l'assuré a été jugé apte à reprendre une activité de substitution adaptée peu après la seconde intervention chirurgicale, l'atteinte ne peut être qualifiée d'importante et elle n'a pas empêché la guérison. Il ressort du dossier médical que le recourant était apte à reprendre à plein temps une activité de substitution adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter du 1er mars 2017 (selon la Dre H. _____, dossier SUVA pce 236 p. 4) voire du 18 avril 2017 (selon l'Office de l'assurance- invalidité, dossier SUVA pce 219). L'assuré n'était donc pas incapable de travailler dans une mesure considérable jusqu'à la liquidation du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA au 30 avril 2018. Dans cette mesure, le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'apparaît pas réalisé (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2.7 i.f.). Enfin, même si le critère de la persistance des douleurs physiques a été considéré comme rempli par la SUVA, il doit être fortement relativisé, dans la mesure où les affections somatiques présentées par l'assuré demeurent compatibles avec l'exercice d'une activité lucrative à plein temps (cf. l'arrêt TF 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.6). Attendu qu'aucun des sept critères jurisprudentiels n'est satisfait ou que tout au plus l'un d'entre eux pourrait être rempli, l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques présentés par le recourant doit être niée.

E. 9.3.1

C'est dès lors à bon droit que la SUVA a refusé de prester (indemnités journalières et prise en charge des traitements) pour les troubles psychiques présentés par le recourant.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 Cela étant, les pièces médicales produites dans le cadre de la présente procédure de recours par le recourant, qui ont toutes trait à son état de santé psychique, ne seront donc pas considérées.

E. 9.3.2

C'est ainsi également à juste titre que l'autorité intimée a refusé d'octroyer au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité psychique.

E. 10

La SUVA a considéré que l'état de santé physique de l'assuré était stabilisé au 30 avril 2018. Cet aspect n'a pas été contesté par le recourant. Le recourant a par contre fait valoir, en se fondant notamment sur l'arrêt TF 8C_251/2012 du 27 août 2012 consid. 2, qu'un délai de trois à cinq mois devait lui être imparti à compter de la communication de la SUVA, pour lui permettre de se réadapter dans une nouvelle profession, et que durant ce délai les indemnités journalières devaient toujours lui être versées. Au titre de moyen de preuve, il a requis que le dossier judiciaire concernant la cause pendante devant le Tribunal fédéral ayant donné suite à l'arrêt 605 2017 190 du 28 mars 2019, par lequel le Tribunal cantonal avait octroyé un délai d'adaptation supplémentaire depuis la stabilisation de l'état de santé en cas de fixation d'une rente, soit produit.

E. 10.1

Par arrêt 8C_310/2019 du 14 avril 2020, le Tribunal fédéral, saisi d'un recours déposé par la SUVA à l'encontre de l'arrêt 605 2017 190 du 28 mars 2019 du Tribunal cantonal, a considéré (consid. 6.1.2) que la jurisprudence (ATF 129 V 460 consid. 5.2 et 114 V 281

consid. 5b) développée en relation avec l'obligation de diminuer le dommage en cas d'atteinte à la santé (exprimé à l'art. 6 2ème phrase LPGA par l'exigibilité d'une activité de substitution en cas d'incapacité de travail durable) ne concernait que l'indemnité journalière et n'était pas transposable au domaine des rentes pour lesquels le droit prend naissance selon d'autres conditions prévues par les lois spéciales, soit en assurance-accidents l'art. 19 LAA. Le droit du recourant à un délai d'adaptation doit donc être nié et la demande de production du dossier en question rejetée.

E. 10.2

La SUVA était dès lors en droit de retenir que l'état de santé physique du recourant était stabilisé au 30 avril 2018 et de lui refuser le droit à des indemnités journalières et à la prise en charge de ses traitements médicaux en delà de cette date.

E. 11

Le recourant a encore conclu, subsidiairement, à l'allocation par la SUVA d'une rente d'invalidité basée sur un taux d'invalidité de 42.63% en raison de l'atteinte présentée par son membre supérieur gauche.

E. 11.1.1

Les médecins sollicités sont unanimes sur les diagnostics à retenir, qui sont connus. Ils s'accordent également pour dire que l'activité habituelle d'aide-monteur, jugée trop lourde, n'est plus exigible à quelque taux que ce soit. La question de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité de substitution adaptée doit dès lors être examinée. Il sied à cet égard de se référer aux pièces du dossier médical de la cause traitant de la question:

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 - Les rapports médicaux notamment des 18 avril, 30 août, 30 novembre 2017 de la Dre H. _____, médecin spécialiste en orthopédie et traumatologie et en chirurgie de la main, médecin traitante de l'assuré, du Service de chirurgie plastique et de la main de D. _____, qui a délivré plusieurs certificats d'incapacité de travail totale, mais considéré que son patient pouvait reprendre une activité de substitution adaptée. - La prise de position du 30 mai 2017 du Dr I. _____, médecin spécialiste en anesthésiologie, du Service médical régional de l'assurance-invalidité, qui a attesté d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle mais d'une capacité de travail entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée, soit une activité sans port de charges ni travail de force avec la main gauche. Il a précisé que l'on ne connaissait pas le côté dominant de l'assuré (dossier SUVA pce n° 192 p. 1). - Le rapport d'examen médical final du 26 février 2018 de la Dre J. _____, médecin spécialiste en neurochirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, qui, sur la base des documents médicaux figurant au dossier, de son propre examen et après avoir entendu l'assuré, a estimé que la situation était stabilisée. A son sens, dans un travail adapté la capacité de travail de l'assuré est de 100% (horaire et rendement). Les limitations fonctionnelles concernant la main gauche à respecter sont les suivantes: "pas de port de poids > 3-4 kg, pas de travail nécessitant la motricité fine de la main gauche, des mouvements répétitifs avec la main gauche, pas de travaux sur les escaliers ou les échafaudages". La médecin a abouti à un taux d'atteinte à l'intégrité de 5% (dossier SUVA pces n° 192 s.). - Le rapport médical 11 avril 2018 de la Dre K. _____, médecin spécialiste en médecine générale, médecin traitante de l'assuré, qui a noté qu'elle ne voyait pas quelle activité son patient pourrait exercer avec une seule main, qui plus est avec la main droite qui n'est pas dominante, qu'il ne peut prendre d'appareils en mains et qu'il ne peut même pas taper à l'ordinateur de

manière adéquate (dossier SUVA pce n° 261). - Le rapport médical du 23 avril 2018 du Dr L. _____, médecin spécialiste en chirurgie de la main, et de la Dre H. _____, du Service de chirurgie plastique et de la main de D. _____, qui ont estimé que l'assuré pouvait exercer une activité adaptée, soit une activité monomanuelle droite ou ne nécessitant qu'une fonction réduite de la main gauche (maintenir ou pousser des objets légers): "La main gauche présente une mobilité ainsi qu'une force limitées. Par conséquent, on ne peut pas attendre du patient qu'il effectue des efforts autres que légers (pas plus de 3 à 5 kg) ou des mouvements répétés de sa main gauche". Ils ont finalement exposé que "la diminution du rendement peut être estimée à 30% dans une activité adaptée monomanuelle droite simple puisqu'il s'agit de la main non dominante" (dossier SUVA pce n° 262). - Le rapport d'appréciation neurologique du 8 octobre 2018 du Dr M. _____, médecin spécialiste en chirurgie, et du Dr N. _____, médecin spécialiste en neurologie, médecins d'arrondissement de la SUVA, qui ont considéré que "[l'assuré] est capable d'effectuer un travail monomanuel droit à temps complet". Ils ont toutefois abouti à un taux d'atteinte à l'intégrité de 40% (dossier SUVA pce n° 236).

E. 11.1.2

En l'occurrence, force est de retenir que le recourant est apte à exercer une activité de substitution adaptée à ses limitations fonctionnelles à un taux horaire de 100%. Cette conclusion est fondée sur les appréciations médicales des trois médecins de l'autorité intimée qui se sont exprimés, sur celle du médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité et même sur

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 celle de la médecin traitante du recourant la Dre H. _____. Les considérations émises par la Dre K. _____, qui n'est pas spécialisée dans le domaine concerné (cf. sur les spécialisations des médecins, cf. l'arrêt TF 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 et les références citées), doivent ainsi être écartées. Quant à la question d'une éventuelle diminution de rendement, la Cour de céans fait siennes les conclusions de l'examen médical final de la Dre J. _____, médecin spécialiste en neurochirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a considéré que l'assuré pouvait travailler avec un rendement entier dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles. En effet, tout d'abord, cette appréciation a été explicitement confirmée par le Dr M. _____, médecin spécialiste en chirurgie, et le Dr N. _____, médecin spécialiste en neurologie, alors même qu'ils ont revu à la hausse le taux d'atteinte à l'intégrité précédemment retenu par leur consœur. Elle est également confirmée par le Dr I. _____, qui a abouti à la même conclusion dans le cadre de la procédure d'assurance-invalidité. La conclusion de la Dre H. _____, tendant à la reconnaissance d'une diminution de rendement de 30% ne saurait être suivie, dans la mesure où elle n'est aucunement motivée – alors même que la mandataire du recourant a dans sa lettre explicitement requis de la médecin qu'elle motive son appréciation –. Par ailleurs, il sied de tenir compte du fait d'expérience que le médecin traitant 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). Les juges de céans retiennent au demeurant que la main dominante de l'assuré est la droite: en effet, les chirurgiens intervenus ont désigné le côté droit comme étant le côté dominant (cf. dossier SUVA pce n° 239 p. 21), tout comme la Dre O. _____ dans son rapport médical du 15 juillet 2016 (cf. dossier SUVA pce n° 239 p. 7). Le Dr P. _____ a été le premier médecin à affirmer que l'assuré était gaucher, le 30 août 2017 (cf. dossier SUVA pce n° 236 p. 8). Il sied de noter en outre

que les Drs J._____, N._____ et M._____ ont d'ailleurs exclu quelque atrophie au niveau des bras des deux côtés, ce qui parle contre une exclusion de la main et du bras gauches. Les preuves produites par l'assuré, soit notamment une déclaration écrite de l'un de ses collègues, ne suffisent pas à emporter la conviction contraire des juges. En tout état de cause, les considérations médicales précédemment exposées valent que la main dominante soit la gauche ou la droite. En effet, les médecins sollicités, en particulier les Drs J._____, N._____ et M._____ ont pris les conclusions retenues en toute connaissance de cause, en soulignant expressément l'incertitude liée au côté dominant. C'est le lieu de noter que le Tribunal fédéral a, à réitérées reprises (cf. not. l'arrêt TF 8C_971/2008 du 23 mars 2009 consid. 4.2.5 et la référence citée), exposé qu'il existait sur le marché du travail suffisamment de possibilités d'action réalistes pour des assurés ne pouvant utiliser leur main dominante que dans une mesure très restreinte.

E. 11.1.3

En définitive, la Cour de céans retient que le recourant peut exercer à 100%, en temps et rendement, une activité de substitution adaptée à son état de santé physique, soit une activité évitant le port de charges supérieures à 3-4 kg, l'usage de la motricité fine et les mouvements répétitifs de la main gauche, les escaliers et les échafaudages.

E. 11.2

Dans la mesure où l'activité habituelle du recourant n'est plus exigible, il convient de procéder à une comparaison de ses revenus de valide et d'invalides. Le montant du revenu de valide retenu par la SUVA n'a, en soi, pas été remis en cause.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 Le recourant s'en est par contre pris à l'établissement de son revenu d'invalides, considérant qu'il devait être revu à la baisse, d'une part, en application du principe du parallélisme des revenus et, d'autre part, par un abattement supplémentaire de 20% au titre de désavantage salarial qui n'aurait pas eu lieu. S'agissant de l'application du principe du parallélisme des revenus, la Cour de céans note, avec l'autorité intimée, que le salaire perçu par le recourant de son employeur C._____ SA (de CHF 57'312.-) est supérieur au revenu prévu pour la branche à compter de la neuvième année de travail par la Convention collective pour l'artisanat du métal suisse (serrurerie, construction métallique, machines agricoles, de la forge et de la construction d'acier) CCNT (de CHF 54'600.-). Une parallélisation des revenus apparaît dans ces conditions exclue (arrêt TF 8C_310/2018 du 18 décembre 2018 consid. 6.3). Quant à la question de l'abattement, il sied de constater que, contrairement à ce que semble penser le recourant, les 20% retenus par la SUVA l'ont bien été au titre de désavantage salarial en lien avec les limitations fonctionnelles (dans le cadre de la comparaison des revenus) et non pas comme diminution de rendement (dans le cadre de l'exigibilité). Le texte utilisé ("abattement") et les références (les arrêts du Tribunal fédéral) citées par la SUVA ne prêtent pas le flanc au doute à cet égard. La requête du recourant tendant à la prise en considération d'un abattement au titre de désavantage salarial du revenu d'invalides de 20% est donc sans objet. C'est le lieu de relever qu'à l'avis de la Cour de céans, un abattement de 20% tel qu'effectué par l'autorité intimée apparaît par trop généreux, dans la mesure où la jurisprudence citée par cette dernière concerne exclusivement des cas dans lesquels l'assuré ne pouvait plus reprendre une activité professionnelle à plein temps (cf. à cet égard not. l'arrêt TF 8C_58/2018 du 7 août 2018 consid. 5.3; à comparer not. avec l'arrêt TF 8C_419/2012 du 21 septembre 2012). La comparaison des revenus effectuée par l'autorité intimée n'a, pour le reste, à juste titre, pas

été contestée. Elle peut ainsi être reprise céans (cf. supra B.).

E. 11.3

Avec un taux d'invalidité de 5.90%, le recourant n'a donc effectivement pas droit à une rente d'invalidité LAA.

E. 12

Eu égard à tout ce qui précède, force est de constater que la SUVA était en droit de mettre fin à ses prestations d'assurance avec effet au 30 avril 2018. Partant, le recours du 25 mars 2019, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition du 21 février 2019 confirmée.

E. 13

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. 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).

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 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 19 août 2020/yho Le Président : Le Greffier-stagiaire :

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