FR_GERICHTE 605 2023 93 vom 25. April 2024

FR Kantonsgericht, 2024-04-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2023_93

FR: FR_GERICHTE 605 2023 93 du 25 avril 2024

IT: FR_GERICHTE 605 2023 93 del 25 aprile 2024

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Recevabilité Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales, auprès de l’autorité judiciaire compétente à raison du lieu, ainsi que de la matière (art. 57, 58 al. 1, 59 et 61 let. b de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1] applicables par le renvoi de l’art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l’assurance-accidents [LAA; 832.20]). En outre, le recourant est directement touché par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne d’être protégé à ce qu’elle soit annulée ou modifiée (art. 59 LPGA). Pour ces raisons, le recours est recevable.

E. 2

Règles relatives au droit à la rente d’invalidité et au calcul du taux d’invalidité

E. 2.1

Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Il découle de cette notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale. Par ailleurs, l’art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l’atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d’une incapacité de gain. De plus, il n’y a incapacité de gain que si celle-ci n’est pas objectivement surmontable.

E. 2.2

L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; arrêt TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1 et les références). Est déterminant, lors de la comparaison des revenus, le moment de l'ouverture du droit à la rente (ATF 128 V 174).

E. 2.3

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. L’on ne saurait toutefois 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 18 les efforts exigibles (RAMA 1993 n° U 168 p. 97 consid. 3b). On se fonde sur un revenu hypothétique lorsque la personne assurée ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l’accident (FRÉSARD-FELLAY, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, 2015, § 286 p. 421). 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'invalide peut être évalué sur la base des données statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS; arrêt TF 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.2 et les références).

E. 2.4

Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2; 114 V 310). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident.

E. 3

Règles relatives au lien de causalité entre un accident et des troubles psychiques

E. 3.1

En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Au sens de l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

E. 3.2

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose d'abord un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition est réalisée 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. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1).

E. 3.3

Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. Pour que cette condition soit remplie, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré soit 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 (arrêt TF 8C_580/2021 du 20 avril 2022 consid. 3.3 et les références).

E. 3.4

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 événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale et d'un TCC sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9; 127 V 102 consid. 5b/bb; 117 V 369 consid. 4b; 117 V 359 consid. 6a). Le Tribunal fédéral a toutefois précisé qu’en cas de TCC, un certain degré de sévérité de l’atteinte sous forme d’une contusio cerebri était nécessaire pour justifier l’application de la jurisprudence en cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de TCC. En revanche, en présence d’un TCC léger, l’examen d’un lien de causalité adéquate s’effectue en application de la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident (arrêt TF 8C_565/2022 du 23 mai 2023 consid. 3.2.3).

E. 3.5

En présence d'une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, la jurisprudence a ensuite dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident, la causalité ne pouvant être admise que si l'accident revêt une importance déterminante dans la survenance d'une incapacité de travail due à l'atteinte psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité. Le degré de gravité d'un accident s'apprécie d'un point de vue objectif, en fonction de son déroulement; il ne faut pas s'attacher à la manière dont la victime a ressenti et assumé le choc traumatique (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 115 V 403 consid. 5c/aa). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêts TF 8C_398/2012 du

E. 3.5.1

Concernant le degré de gravité d’un accident, le Tribunal fédéral a déjà eu l’occasion de traiter des cas suivants. Il a notamment précisé qu’il fallait admettre qu’un accident se situait à la limite supérieure de la catégorie des accidents moyens dans un cas où il était vraisemblable que l’assuré avait chuté d’une hauteur située entre 4 et 5 mètres et qu’il avait subi une fracture du sternum, un TCC léger et des contusions (arrêt TF 8C_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 4.3). Il a par ailleurs admis la qualification de gravité moyenne dans le cas d'un monteur électricien qui était tombé d’une échelle et avait subi plusieurs fractures au visage et aux extrémités ainsi qu'un traumatisme crânien. Dans ce cadre, il a rappelé que les

chutes d’une hauteur comprise entre 2 et 4 mètres devaient encore être qualifiées d’accidents de gravité moyenne stricto sensu (arrêt TF 8C_44/2017 du 19 avril 2017).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 18 Plus récemment, le Tribunal fédéral a qualifié de gravité moyenne stricto sensu le fait pour un peintre d'avoir chuté d'une échelle depuis une hauteur de 3 mètres et subi un TCC, une contusion thoracique à gauche et une lacération supraorbitale diagnostiquée à gauche (arrêt TF 8C_632/2018 du 10 mai 2019). Finalement, ont été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne, les chutes qui se sont produites d’une hauteur entre 5 et 8 mètres et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères (arrêt TF 8C_663/2019 du 9 juin 2020 consid. 4.3.2 et les références).

E. 3.5.2

S’agissant des accidents de gravité moyenne, les critères les plus importants à prendre en compte pour admettre le lien de causalité adéquate sont les suivants (ATF 134 V 109 consid. 2.1; arrêts TF 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 3.2; 8C_193/2016 du 26 octobre 2016 consid. 3.3): ■les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; ■la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; ■la durée anormalement longue du traitement médical; ■les douleurs physiques persistantes; ■les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; ■les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; ■le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate (ATF 134 V 109 consid. 10.1). 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 (arrêt TF 8C_584/2010 du 11 mars 2011 consid. 4.3.1 et les références).

E. 3.6

Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1). En revanche, le juge ne peut reconnaître un rapport de causalité adéquate avant que les questions de fait relatives à la nature des troubles psychiques en cause et à leur causalité naturelle soient élucidées. Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de dire qu'il n'est pas admissible de reconnaître le caractère adéquat d'éventuels troubles psychiques d'un assuré avant que les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle avec l'accident en cause soient élucidées au moyen d'une expertise psychiatrique concluante (ATF 147 V 207 consid. 6.1 et les références).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 Par conséquent, si le juge des assurances sociales – saisi d’un examen du lien de causalité adéquate à l'égard de troubles psychiques alors que la question de la causalité naturelle a été laissée ouverte –, parvient à la conclusion que l'appréciation de l'assureur-accidents est erronée sur un ou plusieurs critères et que l'admission du lien du causalité adéquate pourrait entrer en considération, il doit, avant de statuer définitivement sur ce dernier point, instruire ou faire instruire par

l'assureur-accidents les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle (ATF 148 V 138 consid. 5.5). 4. Règles relatives à l’appréciation des preuves 4.1. De manière générale, en droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 322 consid. 5a et les références). Lorsque l'existence d'un fait ne peut être prouvée au degré de la vraisemblance prépondérante, c'est à la partie qui l'invoque pour fonder son droit ou au contraire pour s'exonérer d'une obligation d'en supporter les conséquences (RAMA 1994 p. 326 consid. 1 et 3b; ATF 116 V 136 consid. 4b; 114 V 298 consid. 5b). 4.2. 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 (arrêt TF du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence). 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c et les références). 4.3. 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 351 consid. 3b/ee).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18 S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, il y a lieu d’attacher plus de poids à l’opinion motivée d’un expert qu’à l’appréciation de l’incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l’unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui et à s’exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; RCC 1988, p. 504 consid. 2). 4.4. 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, voir ATF 135 V 465 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). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt TF I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 5. Problématique En l'espèce, sont litigieux le taux d'incapacité de gain retenu pour fixer la rente d'invalidité, ainsi que le montant de l'IPAI. Plus précisément, le recourant requiert notamment que ses troubles psychiques soient pris en compte afin d'évaluer l'invalidité de manière précise et complète. Par ailleurs, il soutient que ceux- ci, combinés aux limitations fonctionnelles de sa mobilité, rendent impossible la reprise d'une quelconque activité lucrative. Concernant le montant de l'IPAI, le recourant estime que la gravité de ses douleurs et limitations fonctionnelles n'a pas été correctement évaluée. En outre, il soutient là encore que ses troubles psychiques n'ont pas été pris en compte. Pour traiter de ces questions, il y a lieu dans un premier temps de revenir brièvement sur le dossier médical du recourant.

E. 6

Situation personnelle Le recourant, né en 1966, est ressortissant du Portugal. Il est sans formation et travaillait à 100% en tant que maçon lorsque l'accident est survenu (doc. 16). Depuis l'accident, il n'a pas repris le travail. Il a été licencié pour la fin du mois de novembre 2022 (doc. 296).

E. 7

Accident du 4 octobre 2019 et évolution médicale

E. 7.1

Le 4 octobre 2019, alors qu'il se trouvait sur un chantier, le recourant a chuté, la tête la première sur le sol, après avoir été coincé entre une dalle et une chaîne. Dans le cadre d'une enquête en vue de déterminer les circonstances de l'accident, la police cantonale vaudoise a rendu un rapport d'investigation. Il ressort de ce document que l'accident s'est produit lors de la pose d'une prédalle de 2.1 tonnes, mesurant 2.5 mètres sur 5.5 mètres. Le recourant et un autre ouvrier étaient chargés de réceptionner la prédalle et de la guider pour la mettre en place. Une fois la dalle posée, ils devaient ouvrir et ôter les crochets de levage. Lorsque le grutier a actionné la commande pour le levage, un des crochets est resté fixé à la structure métallique, alors que les deux ouvriers se trouvaient encore sur la dalle en béton. La dalle s'est soulevée de plusieurs centimètres, puis est sortie de ses appuis, avant de basculer dans le vide entraînant avec elle les deux employés. Le recourant s'est retenu à la chaîne encore accrochée à la dalle, puis s'est retrouvé coincé entre celle-ci et la chaîne. Dans un premier temps, il a crié, puis a rapidement perdu connaissance. La chaîne qui le retenait s'est probablement détendue au moment où la dalle a pris appui sur le sol, ce qui l'a fait chuter en avant d'une hauteur d'environ 5 à 5.5 mètres, en passant par-dessus le mur extérieur, la tête la première. Durant sa chute, son casque est tombé. Son visage aurait heurté en premier lieu le sol lui occasionnant un fracas facial, en plus de graves lésions occasionnées par la compression de la chaine sur son corps (doc. 50).

E. 7.2

Du 4 octobre 2019 au 28 octobre 2019, le recourant a été hospitalisé au CHUV, dont une dizaine de jours aux soins intensifs. Le diagnostic de polytraumatisme a été posé avec un choc hémorragique sur hémopéritoine sur lacération mésentérique, des fractures maxillo-faciales (Lefort 1 à gauche, 3 à droite, et fracture frontale), des fractures vertébro-médullaire (C1, T4, T6, T7, T8, T9, T11) et diverses fractures costales. Il a subi deux opérations en date du 4 et 6 octobre 2019 (doc. 8, 37 et 38). Durant son hospitalisation, il a subi plusieurs complications, notamment une thrombose du tronc cœliaque et des embolies pulmonaires (doc. 8).

E. 7.3

Du 15 novembre 2019 au 16 novembre 2019, le recourant a été hospitalisé pour un déconditionnement dans les suites d'un traumatisme avec troubles de la déglutition, inappétence et perte de 14 kg. Durant ce séjour, il a bénéficié d'une hydratation intraveineuse aux urgences (doc. 17).

E. 7.4

Le 26 novembre 2019, le recourant a été examiné en consultation de phoniatrie. Il ressort du rapport relatif à cette consultation que le recourant présentait une hypomobilité et une déviation linguale gauche en protraction parlant en faveur d'une atteinte du nerf hypoglosse gauche et une hyposensibilité de la muqueuse jugale droite. Ceci pouvait être une séquelle de l'intubation prolongée (doc. 45).

E. 7.5

Le 3 janvier 2020, les médecins du CHUV ont revu le recourant pour un suivi à trois mois d'une embolie pulmonaire. Les diagnostics principaux de maladie thromboembolique veineuse et de thrombose artérielle du tronc cœliaque ont été posés (doc. 44).

E. 7.6

Lors d'un entretien le 10 février 2020 avec la SUVA, le recourant a expliqué qu'il n'arrivait pas à marcher plus de 300 mètres, à conduire plus de 1 à 2 km et à tenir debout plus de 10 minutes. Les douleurs commençaient au dos puis se propageait au ventre. Elles étaient supportables et disparaissaient au bout de 2 à 3 heures de repos. Depuis l'accident, il avait perdu 15 kg. Il n'avait pas faim et, parfois, en mangeant, des morceaux de dents tombaient. Par ailleurs, il constatait également des difficultés de concentration et de mémoire. Il commençait à prendre des notes pour ne pas oublier certaines choses. Il avait de la peine à lire depuis l'accident. Il se sentait perdu et pensait que sa vie était fichue. Il n'avait pas le moral et se sentait très triste. Il était très difficile pour lui de ne rien pouvoir faire et de devoir rester à la maison. Cette situation le travaillait énormément (doc. 32).

E. 7.7

Dans un rapport du 16 mars 2020, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant du recourant, a mentionné qu'il était impressionné par les multiples déformations sur le plan ostéo-articulaire, qui semblaient être séquellaires aux multiples fractures vertébrales et costales. Celles-ci ne semblaient pas être trop douloureuses au repos ou dans les activités de la vie quotidienne, mais le limitaient de manière significative au quotidien. La marche au-delà de 200 à 300 mètres et des positions statiques prolongées, par

exemple en position assise, n'étaient pas réalisables. Le recourant ne pouvait pas se déplacer en position assise sur de longues distances, certains longs transports n'étant possibles qu'en position couchée. Le recourant avait développé une importante inappétence, ainsi qu'un déconditionnement physique, accompagné de nausées avec parfois des vomissements. Il présentait comme principal risque, un isolement social avec trouble de l'adaptation en lien avec la perte de son emploi, qui représentait tout son réseau social en Suisse. Il était difficile d'imaginer dans quelle mesure le recourant pourrait reprendre un travail à moyen ou long terme, mais, dans tous les cas, il était quasiment impossible d'imaginer un retour sur les chantiers en tant que maçon. Le médecin précisait qu'une expertise dans les plus brefs délais était indiquée. Le déclin fonctionnel et psychique était bien présent. Même si pour l'instant il n'existait pas de consommation d'alcool à risque ou d'autres traits dépressifs trop marqués, le médecin suivait le recourant dans le cadre d'un soutien psychologique, social et administratif qui le submergeait profondément (doc. 58).

E. 7.8

Dans un rapport du 14 avril 2020, le Dr D._____, spécialiste oto-rhino-laryngologie (ci-après: ORL) et chirurgie cervico-facial, a précisé que, sur le plan ORL, il existait encore une problématique majeure de troubles de la mastication avec douleurs dentaires diffuses lors de la mastication et lors du moindre contact avec les dents (doc. 94).

E. 7.9

Lors d'un entretien téléphonique du 23 juin 2020 avec la SUVA, le recourant a précisé qu'il arrivait à conduire un peu plus longtemps, soit 10 km, et marcher un peu plus longtemps, environ

E. 7.10

Dans un rapport du 29 juin 2020, le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orale et maxillo- faciale, a posé le diagnostic d'ostéolyse maxillaire palatine, status post fracture type Le Fort 1 à gauche et Le Fort 3 à droite, fracture de l'os malaire droit (doc. 135).

E. 7.11

Dans un rapport du 21 juillet 2020, le Dr C._____ a précisé que le recourant méritait une évaluation approfondie et spécifique par un neuro-réhabilitateur, au vu notamment de la complexité du cas. Il était difficile d'extrapoler les limitations fonctionnelles quant à une reprise d'une activité professionnelle et physique (doc. 100).

E. 7.12

Lors d'un entretien du 24 septembre 2020 avec la SUVA, le recourant a indiqué avoir peur de tout depuis l'accident. Il arrivait à marcher pendant environ 1 heure en faisant 5 à 6 arrêts. Il arrivait également à conduire plus longtemps. Assis, il était bien 20 minutes mais ensuite il devait se mettre un moment debout (doc. 116).

E. 7.13

Le 12 octobre 2020, le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport duquel il ressort que le recourant vivait seul en Suisse, sa famille vivant au Portugal. Le travail avait toujours été son activité essentielle et principalement investie. Le bilan neuropsychologique réalisé montrait des troubles frontaux conséquents et handicapants associant essentiellement des troubles exécutifs attentionnels, un ralentissement et une fatigabilité sévère. Les atteintes mnésiques étaient faibles à

préservées. L’échelle HAD (Hospital anxiety and depression scale) réalisée était positive pour l’anxiété et la dépression. Ce contexte, auquel ne s’associait aucun trouble de l’usage de substances psychoactives particulièrement nocif, chez un patient sans antécédent personnel ou familial psychiatrique particulier, nécessitait probablement la mise en place d’un suivi régulier psychiatrique et psychologique. Les troubles de l’humeur conjoints, hormis leur origine secondaire à la privation d’une activité essentielle et investie par le patient, ainsi qu’au handicap que son nouvel état lui procurait, était possiblement co-expliqués par les troubles frontaux. Un traitement antidépresseur avait été initié, lequel pouvait éventuellement améliorer la situation qui ne pourrait probablement pas permettre une reprise d’une activité professionnelle (doc. 117).

E. 7.14

Dans un rapport du 5 janvier 2021, le Dr C._____ a précisé que, sur la base de son suivi au cabinet, il retenait l’apparition d’un syndrome dépressif modéré avec trouble de l’adaptation et proposition d’un traitement que le recourant refusait pour l’instant. Il ne retrouvait pas de franche limitation ou aggravation, à l’exception des douleurs diffuses et partiellement reproductibles à la palpation abdominale qui restaient aspécifiques et sans autre investigation complémentaire jusqu’alors (doc. 135).

E. 7.15

Le 6 mai 2021, le recourant a consulté le service d’angiologie du CHUV pour un contrôle de l’évolution d’une thrombose artérielle du tronc cœliaque. Il ressort du rapport de consultation qu’il n’y avait pas d’indication à une prise en charge chirurgicale (doc. 151).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 18 8. Séjour auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR) 8.1. Du 4 août 2021 au 31 août 2021, le recourant a été hospitalisé auprès de la CRR. A l’entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du recourant étaient en premier lieu des douleurs abdominales, décrites comme des crampes et augmentées par la flexion du tronc, le port de charges et les vibrations. Il décrivait des dorsalgies surtout en position prolongée debout, à la marche ou en position du tronc en porte-à-faux. Il décrivait également des douleurs temporales et au sommet du crâne, occasionnelles, durant entre 5 à 20 minutes (doc. 169 p. 5). 8.2. Lors du séjour, il a été constaté sur le plan orthopédique, des rachialgies en lien avec une cyphose post-traumatique après fracture-tassement de D6, D7 et D8 (doc 169 p. 27 s.). 8.3. Sur le plan neuropsychologique, des légers troubles cognitifs sous forme d’un léger dysfonctionnement exécutif (incitation verbale diminuée) associé à un léger ralentissement de la lecture sous contrainte temporelle ont été mis en évidence. Ces troubles cognitifs ne limitaient pas la capacité fonctionnelle au quotidien, ni dans la plupart des sollicitations professionnelles, mais pouvaient limiter les tâches et activités requérant un niveau d’exigence élevé. Pour ce qui était des éventuelles modifications socio-émotionnelles post TCC, connues après lésion orbitofrontale, il n’était pas possible de se prononcer en l’absence d’hétéroanamnèse (doc. 169 p. 20). 8.4. Durant le séjour, le recourant a été vu par le consultant psychiatre, lequel a constaté une anhédonie et une aboulie qui ne prenaient pas l’ampleur d’un trouble dépressif patent, étant trop liées aux circonstances de vie (doc. 169 p. 6). 8.5. Le recourant a été suivi aux ateliers professionnels sur des périodes allant jusqu’à 2 heures consécutives dans des activités avec port de charges très légères, et en évitant les positions contraignantes pour le rachis et la région abdominales. Le recourant était limité dans les différentes actions de travail en lien avec son ancienne profession et un retour dans une activité physique

importante ne semblait pas envisageable chez un patient peu endurant et limité dans l’exécution des tâches (doc. 169 p. 7). La performance observée en atelier était peu endurante et limitée dans l’exécution d’une tâche simple et légère, tant sur les aspects quantitatifs que qualitatifs (doc. 169 p. 16). 8.6. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes ont été retenues: port de charges supérieur à 2.5 à 5 kg, activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, les positions statiques debout ou assise, les flexions, torsions répétées du tronc, l’exposition du corps aux vibrations. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de 2 mois. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était théoriquement favorable, mais les facteurs personnels et contextuels pouvaient interférer avec le processus de réorientation (doc. 169 p 7 s.).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 18 Les plaintes et les limitations fonctionnelles s’expliquaient principalement par des lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels, dans le cadre des troubles neuropsychologiques légers, pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, puisqu’il présentait une kinésiophobie, une catastrophisation et une sous- estimation importante de ses propres capacités fonctionnelles. D’autres facteurs contextuels pouvaient interférer avec le retour au travail, notamment l’absence de formation certifiante et l’âge du patient (doc. 169 p. 6 ss). La participation du recourant aux thérapies a été considérée comme élevée. Malgré l’absence d’amélioration fonctionnelle et une fatigabilité importante, le patient s’était investi dans le programme de réadaptation. Aucune incohérence n’a été relevée (doc. 169 p. 7). 9. Derniers rapports du médecin traitant et du médecin d’assurance 9.1. Dans un rapport du 4 février 2022, le Dr C._____ a précisé que l’évolution était stable et sans grande amélioration. Il existait une fatigue chronique et des douleurs persistantes au niveau du dos, ainsi que de l’abdomen. Le recourant avait refusé sa proposition de mise en place d’un traitement antidépresseur. Il évoquait toujours des troubles mnésiques, qui étaient toutefois en amélioration. Il existait chez le recourant une volonté de trouver une nouvelle activité adaptée tout en respectant les limitations fonctionnelles, laquelle était théoriquement favorable. Toute réinsertion dans son ancienne activité, même si le recourant le souhaitait, était défavorable. L’isolement subi depuis l’accident restait le premier risque de déclin psychique (doc. 189). 9.2. Le 5 septembre 2022, le recourant a été examiné par le Dr G._____, médecin d’assurance. Lors de cet examen, le recourant a précisé que, lors d’une journée type, il se levait le matin et devait alors marcher dans son appartement pour améliorer voire faire disparaître les douleurs. Il se préparait ensuite un café, puis devait se recoucher en raison des douleurs. Une heure après il se levait et allait marcher environ une heure, devant s’arrêter environ tous les quarts d’heure. A midi, il se faisait à manger ce qui lui occasionnait des douleurs de dos, raison pour laquelle il allait faire une sieste, puis retournait marcher. Pendant la nuit, il se réveillait chaque 2 heures à cause des douleurs et il devait alors bouger ou même se lever pour aller marcher. Le médecin d’assurance a relevé que l’évolution était lentement favorable mais que le recourant avait des troubles neuropsychologiques persistants, notamment sous forme de troubles de la mémoire ainsi que des douleurs abdominales plutôt de type crampes ainsi que du rachis dorsal consécutives aux fractures de la colonne vertébrale dorsale. Objectivement, il persistait une cyphose dorsale post-fracture D6, D7 et D8 avec une gibbosité dorsale haute et, au niveau abdominal, des douleurs diffuses et particulièrement de la partie cicatricielle sus-ombilicale. Il n’y avait pas d’autres traitements, notamment chirurgicaux, à envisager. Sur le plan médico- assécurologique, la situation pouvait être considérée comme stabilisée.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 18 Sur le plan de l’exigibilité, les limitations fonctionnelles suivantes étaient retenues: un port de charges supérieur à 2.5 kg, des activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, les positions statiques debout ou assises, les flexions/torsions répétées du tronc, l’exposition du corps aux vibrations. Le pronostic de réinsertion dans l’ancienne activité de maçon était défavorable, le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles était théoriquement favorable, mais des facteurs personnels et contextuels pourraient interférer avec le processus de réorientation (doc 238). 9.3. Dans le cadre de l’estimation de l’atteinte à l’intégrité, le Dr G._____ a précisé que l’évolution a été lentement favorable avec persistances de douleurs dorsales survenant 30 minutes après la position assise ou couchée et étant soulagées par la marche, aggravées également par le port de charge. Le recourant avait également des douleurs abdominales para-ombilicales droites survenant également après 30 minutes de repos et étant soulagées par les déplacements. L’estimation était fondée sur la table 7 des barèmes d’indemnisation pour atteinte à l’intégrité selon la LAA. Le médecin a pris en compte la présence de fractures dorsales ayant entrainé une cyphose importante de plus de 20° avec d’importantes douleurs même soulagées par les mouvements donnant droit à une indemnité estimée à 20%. La symptomatologie présentée par l’assuré pouvait être comparée à la perte totale d’un pouce, indemnisée à 20% (doc. 239). 9.4. Dans le cadre du recours, le recourant a produit un rapport du 31 mai 2023 du Dr C._____, lequel précisait être surpris de l’absence de considération des conséquences psychiques, qui étaient en lien avec un stress post traumatique et pas uniquement en lien avec les effets collatéraux au niveau socio-économique et professionnel. En outre, il était mentionné que le recourant avait dû être hospitalisé au Portugal pour une tentative de suicide. Le Dr C._____ a requis que le recourant soit évalué sur le plan psychiatrique et plus précisément sur le stress post-traumatique, voir le status post TCC. Le recourant était démuni, isolé socialement et souffrait des barrières de la langue, voire des conséquences de son TCC. La prise en charge psychiatrique qu’il avait demandée à maintes reprises n’avait pas pu être validée, d’une part par les difficultés du recourant dont la langue maternelle était le portugais. D’autre part, l’absence de traitements médicamenteux, certes par refus du recourant, ne traduisait pas un manque de compliance. Le bilan neurologique ainsi qu’une évaluation psychiatrique devaient impérativement être intégrés dans la réflexion globale en ce qui concernait le potentiel de réinsertion du recourant.

E. 10

Discussion relative aux troubles psychiques

E. 10.1

Le recourant mentionne que ses troubles psychiques, plus précisément le stress post-traumatique, l’affectent fortement, si bien qu’ils doivent être pris en compte afin d’évaluer son invalidité de manière précise et complète (cf. recours ch. 9 p. 12 ss). Selon lui, le rapport du 31 mai 2023 du Dr C._____ est suffisamment étayé pour se faire un avis sur son état de santé psychique. Il souffre manifestement d’un stress post traumatique, doublé d’une importante baisse

Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 de moral, voire d’une dépression. Il a été totalement anéanti par l’accident qu’il a subi. Il a d’ailleurs même fait une tentative de suicide pour laquelle il a dû être hospitalisé (cf. contre-observations ch. 3 p. 3).

E. 10.2

Concernant les troubles psychiques invoqués par le recourant, il ressort du dossier que les questions en relation avec une éventuelle atteinte psychique n'ont pas fait l'objet d'une instruction spécifique de la part de la SUVA, quand bien même l'hypothèse que le recourant souffre de tels troubles a été soulevée à plusieurs reprises et par plusieurs médecins différents. En effet, le médecin traitant a soulevé la question du déclin psychique du recourant, notamment dans ses rapports du 16 mars 2020, 21 juillet 2020, 4 février 2022 et 31 mai 2023 (ci-avant: consid. 7.7, 7.11, 9.1, 9.4). Dans un rapport du 5 janvier 2021, il a par ailleurs retenu l'apparition d'un syndrome dépressif modéré avec trouble de l'adaptation (ci-avant: consid. 7.14). De plus, le Dr F._____ avait précisé que les tests réalisés dans le cadre d'un bilan neuropsychologique étaient positifs pour l'anxiété et la dépression et des troubles de l'humeur conjoints avaient été mis en évidence (ci-avant: consid. 7.13). Par ailleurs, dans le cadre du séjour au CRR, un examen sur le plan strictement neuropsychologique a été effectué par le Dr H._____. Ce dernier a précisé qu'il n'était pas possible de se prononcer sur les éventuelles modifications socio-émotionnelles post TCC en l'absence d'hétéroanamnèse (ci- avant: consid. 8.3). En outre, pendant le séjour, le recourant a été vu par le consultant psychiatre au vu d'une symptomatologie anxieuse et dépressive constatée. Le consultant a relevé une anhédonie et une aboulie, qui ne prenaient toutefois selon lui pas l'ampleur d'un trouble dépressif patent, étant trop liées aux circonstances de vie (ci-avant: consid. 8.4). Finalement, il ressort du dernier rapport du médecin traitant que le recourant a fait une tentative de suicide (ci-avant: consid. 9.4). Lors des entretiens avec la SUVA, le recourant avait d'ailleurs dès le début déjà fait état d'un état psychique précaire (ci-avant: consid. 7.6, 7.9, 7.12).

E. 10.3

Pour rendre sa décision, la SUVA s'est entièrement fondée sur l'avis de son médecin d'assurance, lequel ne fait pas mention de troubles psychiques. Au vu du fait que plusieurs médecins avaient explicitement évoqué la possibilité que le recourant souffre de troubles psychiques, la SUVA ne pouvait pas passer sous silence ces éventuels troubles sans motivation et sans investigation supplémentaire. L'état du dossier médical du recourant ne permettait pas d'exclure d'emblée l'existence de troubles psychiques. En l'absence de pièces médicales suffisamment étayées sur ce point, une instruction complémentaire s'imposait, par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

E. 10.4

Dans le cadre de la procédure de recours, la SUVA soutient également que la question de savoir s'il existe un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques invoqués par le recourant et l'accident peut rester indécise dans la mesure où l'existence d'une relation de causalité adéquate doit de toute manière être niée. Selon cette autorité, l'accident subi par le recourant doit être qualifié tout au plus de gravité moyenne conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Elle précise que, en l'espèce, seul le critère des douleurs physiques persistantes pourrait être considéré comme réalisé, toutefois pas avec une

 intensité particulière. Selon elle, la question même de savoir si ce critère est réalisé peut, dans tous les cas, être laissée ouverte puisqu'aucun des autres critères posés par la jurisprudence pour examiner l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident assuré n'est réalisé dans le cas d'espèce (cf. réponse ch. 3).

E. 10.5

A ce titre, il est d’abord relevé qu’en l’espèce, l’existence d’un lien de causalité adéquate entre l’accident et les troubles psychiques doit être examiné à l’aune de la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident, malgré le fait que le recourant a subi un TCC. En effet, il ressort du dossier que, lors de l’accident, le recourant présentait un score de Glasgow de 15/15, soit un TCC léger (cf. notamment doc. 8 et 202; ci-avant: consid. 3.4).

E. 10.6

En l’espèce, le recourant a chuté d’une hauteur d’environ 4 à 5.5 mètres (cf. rapport médical initial évoquant 4 mètres [doc. 8]; rapport de police évoquant 5 à 5.5 mètres [doc. 50]), la tête la première sur le sol sans son casque, après avoir été coincé entre une dalle de 2.1 tonnes et une chaîne. Au vu de la jurisprudence citée ci-avant (consid. 3.5.1), l’accident ne peut dans tous les cas pas être considéré comme entrant tout au plus dans la catégorie moyenne, comme le soutient la SUVA. Au vu des forces générées par l’accident, il doit être qualifié de moyennement grave à la limite des cas graves. Par conséquent, l’établissement d’un seul des critères peut être suffisant pour admettre l’existence d’une relation de causalité adéquate (ci-avant: consid. 3.5.2) et le critère des douleurs physiques persistantes a déjà été reconnu par la SUVA. Dans ces circonstances, l’admission du lien de causalité adéquate entre l’accident du 4 octobre 2019 et les troubles psychiques pourrait entrer en considération, de sorte que, pour cette raison également, il convient au préalable de faire instruire les questions de fait relatives à la nature des troubles psychiques et à leur causalité naturelle (ci-avant: consid. 3.6). Par ailleurs, dans la mesure où les prestations à servir dépendent également de la perte de gain, ainsi que du dommage causé au psychisme par l’accident, la capacité de travail et la perte d’intégrité doivent également faire l’objet d’un examen médical pour permettre au juge, à son tour, de se prononcer. Par conséquent, il convient de renvoyer la cause à l’autorité intimée pour la mise en œuvre d’une expertise psychiatrique, laquelle visera en particulier à déterminer si le recourant présente des troubles psychiques et, le cas échéant, leur répercussion sur sa capacité de travail et leur lien de causalité naturelle avec l’accident. Il appartiendra ensuite à la SUVA de statuer à nouveau sur le droit aux prestations de l'intimée.

E. 11

Discussion relative aux montants de la rente et de l’IPAI Vu le sort du recours, il ne peut être statué en l’état sur le droit à la rente et sur le montant de l’indemnité pour atteinte à l’intégrité. En effet, le montant de la rente, déterminé selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (ci-avant: consid. 2.2), nécessite d’avoir une idée précise du taux d’incapacité de travail et des limitations fonctionnelles découlant de l’ensemble des atteintes physiques et psychiques en lien de causalité avec l’accident.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 Il en va de même s’agissant de l’IPAI due en cas d’une atteinte importante à l’intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA), laquelle est fixée en même temps que la rente d’invalidité (art. 24 al. 2 LAA) et doit tenir compte de l’ensemble du dommage en cas de concours de plusieurs atteintes à l’intégrité physique, mentale ou psychique (art. 36 al. 3 de l’ordonnance du 20 décembre 1982 sur l’assurance-accident [OLAA; RS 832.202]).

E. 12

Sort du recours, frais, dépens et assistance judiciaire

E. 12.1

Sur le vu de ce qui précède, le recours du 6 juin 2023 doit être admis et la décision sur opposition du 4 mai 2023 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction médicale complémentaire, sous la forme d'une expertise psychiatrique, puis pour nouvelle décision.

E. 12.2

La procédure étant gratuite dans les litiges en matière de prestations de l'assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais de justice (art. 61 let. fbis LPGA).

E. 12.3

Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense, conformément aux art. 137ss du code fribourgeois de procédure et de juridiction administrative (CPJA ; RSF 150.1) et 8ss du tarif des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12). En l'espèce, le mandataire du recourant a produit sa liste de frais le 1er novembre 2023. La note d'honoraires ne contient toutefois pas uniquement les opérations en lien avec la procédure de recours, mais également celles en lien avec la procédure d'opposition. Ainsi, seules les opérations effectuées en lien avec le recours seront prises en compte, soit à partir du 8 mai 2023, date de la réception de la décision querellée. Par conséquent, il se justifie de fixer l'indemnité à CHF 2'000.-, soit 8 heures à CHF 250.- de l'heure, à laquelle doivent s'ajouter CHF 50.- de débours et CHF 157.85 au titre de la TVA à 7.7%, soit un montant total de CHF 2'207.85. Ce montant est mis intégralement à la charge de l'autorité intimée qui succombe. Finalement, la requête d'assistance judiciaire totale (605 2023 94), devenue sans objet en raison de l'admission du recours, est rayée du rôle. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 la Cour arrête : I. Le recours (605 2023 93) est admis. Partant, la décision sur opposition du 4 mai 2023 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction médicale complémentaire, sous la forme d'une expertise psychiatrique, puis pour nouvelle décision. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Une indemnité de partie de CHF 2'207.85, dont CHF 157.85 au titre de la TVA (7.7%), est mise à la charge de l'autorité intimée. Elle est versée en mains du mandataire et est à charge de la SUVA. IV. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (605 2023 94), devenue sans objet, est rayée du rôle. V. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 25 avril 2024/anm Le Président La Greffière

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