



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00  
tribunalcantonal@fr.ch  
www.fr.ch/tc

605 2017 256

## **Arrêt du 15 novembre 2018**

### **I<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Président:

Marc Boivin

Juges:

Marianne Jungo, Marc Sugnaux

Greffière:

Isabelle Schuway

#### **Parties**

**A.** \_\_\_\_\_, **recourant**, représenté par Me Daniel Känel, avocat

contre

**SUVA, autorité intimée**, représentée par Me Antoine Schöni, avocat

#### **Objet**

Assurance-accidents (rente d'invalidité)

Recours du 6 novembre 2017 contre la décision sur opposition du  
6 octobre 2017

## **considérant en fait**

A. Par décision du 25 août 2017, confirmée sur opposition le 6 octobre 2017, la SUVA a alloué une rente d'invalidité de 14%, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%, à A.\_\_\_\_\_, né en 1968, qui avait été victime d'une chute le 10 avril 2013, lors de laquelle il avait été blessé au poignet droit alors qu'il travaillait en tant que maçon.

B. Contre cette décision, A.\_\_\_\_\_, représenté par Me Daniel Känel, avocat, interjette recours le 6 novembre 2017. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvel examen de son degré d'invalidité. En substance, il considère que la décision de la SUVA a été rendue prématurément, alors qu'il eût fallu attendre la fin des mesures d'évaluation et de réadaptation mises en œuvre par l'assurance-invalidité, et que le degré d'invalidité n'a pas été fixé correctement.

Dans ses observations du 22 janvier 2018, la SUVA, par l'intermédiaire de Me Antoine Schöni, avocat, propose le rejet du recours. Elle indique notamment que l'exigibilité médicale fixée par son médecin d'arrondissement pouvait être retenue et que, partant, la fixation du taux d'invalidité du recourant n'était pas intervenue de façon prématurée. Elle confirme en outre les modalités du calcul du revenu d'invalidité sur la base des DPT.

Dans ses contre-observations du 29 mars 2018, le recourant indique que les mesures de réadaptation professionnelles mises en œuvre dans le cadre de l'assurance-invalidité n'ont pas pu être terminées en raison de nouvelles atteintes, tout en réitérant ses critiques à l'encontre de l'appréciation du médecin d'arrondissement de la SUVA.

Dans ses ultimes remarques du 16 mai 2018, la SUVA a confirmé la valeur probante des rapports médicaux sur lesquels se fonde la décision attaquée.

Il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que nécessaire à la solution du litige.

## **en droit**

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.

2.  
En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

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) et le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA).

2.1. L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

2.2. 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 santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a un droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (arrêt TF 8C\_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées).

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 (cf. 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 que celle-là ait été influencée par un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Cette disposition délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à une rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé. Il ne suffit donc pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.3; RAMA 2005 p. 366), ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (arrêts TF U 305/03 du 31 août 2004 et U 89/95 du 21 novembre 1995; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd. 1989, p. 274).

2.3. L'art. 19 al. 3 LAA prévoit que le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard.

En application de cette disposition, le Conseil fédéral a édicté l'art. 30 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202). Selon son al. 1, lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI (let. a), avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b) ou avec la fixation de la rente définitive (let. c).

Il s'agit d'une rente transitoire destinée à permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'assurance-invalidité, de verser néanmoins une rente d'invalidité sans

attendre ce résultat. C'est donc une prestation temporaire, fixée provisoirement, et qui doit être allouée aussi bien pendant le déroulement des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité que pendant la période qui va de la fin du traitement médical jusqu'au moment où la décision est prise quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, cas échéant à la mise en œuvre de celles-ci (arrêt TF U 331/04 du 31 octobre 2005 consid. 2.2 et ATF 139 V 514 consid. 2.3). Cette rente allouée à titre transitoire et jusqu'au moment où, à l'issue des mesures de réadaptation, il sera possible de fixer de façon certaine le degré d'invalidité de l'assuré, ne doit pas être confondue avec la rente allouée à titre temporaire, sur la base d'une appréciation anticipée de l'invalidité en fonction de l'accoutumance prévisible de l'assuré aux séquelles de l'accident (ATF 116 V 246 consid. 2b).

3.

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.

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1]).

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).

3.1. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Pour la comparaison des revenus, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n°U 168 p. 97 consid. 3b).

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

3.2. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé.

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

3.3. En ce qui concerne le revenu d'invalide, on tient compte de la perte de gain effective si on peut admettre que la personne assurée utilise au mieux sa capacité résiduelle de travail et si le

revenu obtenu est en adéquation avec la prestation fournie. On se fonde sur un revenu hypothétique lorsque la personne assurée ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident (G. FRESARD-FELLAY, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, Berne 2015, § 286 p. 421).

3.3.1. Si l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué notamment sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après: l'OFS).

3.3.2. Il est également possible de recourir à une enquête menée par la SUVA auprès des diverses entreprises suisses et qui a permis de réunir des données salariales concrètes pour de nombreux postes de travail faisant l'objet d'une description détaillée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La détermination du revenu d'invalidé sur la base de ces fiches – appelées DPT – suppose en sus de la production d'au moins cinq d'entre elles, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition.

Si la SUVA n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT. En revanche, si les DPT satisfont aux conditions formelles précitées, la CNA peut et même doit s'y référer pour fixer le revenu d'invalidé. En pareils cas, il n'est pas nécessaire d'effectuer un calcul de contrôle à l'aide des statistiques salariales de l'ESS (cf. arrêt TF 8C\_790/2009 du 27 juillet 2010 consid. 4.3). Il n'en va pas différemment si un tel calcul était favorable pour l'assuré (arrêt TF 8C\_525/2010 du 21 septembre 2010 consid. 3.2.2.3).

Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée, ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

3.4. Selon la jurisprudence, une rente fondée sur l'art. 30 OLAA doit être fixée d'après la méthode de comparaison des revenus, l'évaluation intervenant dans ce cas avant l'exécution éventuelle de mesures de réadaptation. Seule entre en considération, à cette date, l'activité qui peut raisonnablement être exigée de la part d'un assuré non encore réadapté, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (ATF 116 V 246 consid. 2c).

#### 4.

Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418).

Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c).

4.1. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de

preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351).

Le simple fait que le médecin consulté soit 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 présomption à l'égard de l'assuré. Ainsi, une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la SUVA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la SUVA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références).

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 citées; RCC 1988, p. 504 consid. 2).

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

4.3. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait

puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 s. consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

5.

En l'espèce, l'assuré considère tout d'abord que la décision de la SUVA a été rendue prématurément, estimant qu'il aurait fallu attendre la fin des mesures professionnelles de l'assurance-invalidité.

En d'autres termes, il s'oppose à son passage au régime de la rente d'invalidité.

Qu'en est-il ?

5.1. Il s'agit tout d'abord de revenir sur le dossier et de retracer brièvement l'historique de ce cas.

#### 5.1.1. *Accident du 10 avril 2013*

Le 10 avril 2013, alors qu'il travaillait sur un chantier, l'assuré, maçon auprès de B. \_\_\_\_\_ depuis 1995, a été victime d'une chute en arrière depuis une échelle (déclaration de sinistre, dossier SUVA, pièce 1). Il a subi une fracture intra-articulaire du radius distal droit qui a nécessité une réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque, le jour même, par les Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et D. \_\_\_\_\_, médecin adjoint, (protocole opératoire, dossier SUVA, pièce 19).

L'assuré a tout d'abord repris son travail à 50% - avec un rendement limité à 25% - dès le 19 août 2013 (dossier SUVA, pièce 31), puis l'a à nouveau interrompu en raison de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) le 19 décembre 2013 (dossier SUVA, pièce 42).

Dès sa reprise à 100%, le 24 février 2014, son employeur lui a signifié son licenciement avec effet au 31 mai 2014 (dossier SUVA, pièce 63).

#### 5.1.2. *Intervention chirurgicale du 12 février 2015 et évolution ultérieure*

Le 11 avril 2014, une « lésion du TFCC » (ligament triangulaire) engendrant d'importantes douleurs au niveau du poignet a été diagnostiquée par le Dr D. \_\_\_\_\_, qui a dès lors attesté d'une nouvelle incapacité de travail à 100% (dossier SUVA, pièce 87). Le délai de congé de l'assuré a ainsi été suspendu.

Ce médecin a encore diagnostiqué un « *conflit ulno-carpien post AMO* », de sorte qu'une nouvelle intervention chirurgicale a été pratiquée le 12 février 2015 (« *ostéotomie de correction de difformités post-traumatiques du radius à l'avant-bras droit* »; protocole opératoire du Dr D. \_\_\_\_\_, dossier SUVA, pièce 159).

Un examen final a eu lieu le 17 novembre 2015 auprès du médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier a tout d'abord fixé à 5% le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) (dossier SUVA, pièce 216). D'autre part, il a considéré que la situation était stabilisée sur le plan médical. Compte tenu des séquelles de l'accident, l'activité habituelle de maçon n'était plus exigible, mais une activité adaptée légère était en revanche possible à plein temps (« *ganztägiger*

*Einsatz für Überwachungsfunktionen und leichte körperliche Aktivitäten, ohne Einsatz der dominanten rechten Hand für kraftverlangende repetitive Bewegungen, ohne Benutzen schwere Werkzeuge, ohne Vibrationsbelastungen, Hämmern, Schlagen und Ähnliches und ohne repetitives Heben von Gewichten isoliert mit der rechten Hand über 5 kg »; dossier SUVA, pièce 217).*

Un rapport du 15 janvier 2016 du Dr D. \_\_\_\_\_ allait dans le même sens: « *Dans son activité de maçon, [le patient] est en incapacité de travail pour une durée indéterminée. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016 on peut envisager une activité légère sans port de charge de plus de 5 kg sans mouvement répétitif au niveau du poignet droit* » (dossier SUVA, pièce 227).

L'assuré, dont le délai de congé avait été suspendu durant l'incapacité de travail, a alors repris une activité auprès de B. \_\_\_\_\_ dans un poste plus adapté à ses limitations, en tant que magasinier, dès le 26 janvier 2016 (dossier SUVA, pièce 227). Le licenciement a toutefois été confirmé par l'employeur le 3 mars 2016 (dossier SUVA, pièce 246).

Dès le 9 mars 2016, le Dr D. \_\_\_\_\_ a ordonné une nouvelle incapacité de travail totale pour l'activité de magasinier, celle-ci ayant finalement été considérée comme non réellement adaptée aux limitations de l'assuré (dossier SUVA, pièce 247). Ce médecin a toutefois confirmé la « *permission de travailler sans restriction pour un travail adapté* » (dossier SUVA, pièce 269).

Ceci a été confirmé dans un rapport du 20 avril 2016 (dossier SUVA, pièce 269).

Le 28 avril 2016, la SUVA a informé l'assuré que sa situation était considérée comme stabilisée et que le cas serait bouclé dès la fin des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité. Elle a confirmé l'exigibilité médicale retenue par son médecin d'arrondissement, à savoir « *une pleine capacité de travail (...) toute la journée dans une activité légère et/ou activité de surveillance, sans utilisation de la main dominante droite pour des tâches avec mouvement répétitif nécessitant de la force, sans utilisation d'outils lourds, sans vibration, à-coups ou similaires et sans port de charge régulier de la main droite supérieur à 5 kg* » (dossier SUVA, pièce 265).

Dans l'intervalle, le cas avait été annoncé à l'assurance-invalidité et l'assuré avait déposé une demande de prestations le 17 décembre 2013 (dossier SUVA, pièce 67), suite à laquelle il a bénéficié tout d'abord d'une mesure d'intervention précoce le 20 avril 2015 (prise en charge du permis de cariste; dossier SUVA, pièce 162), puis d'un stage d'orientation au CEPAL du 21 mars au 19 juin 2016, prolongé jusqu'au 20 septembre 2016 (dossier SUVA, pièces 252 et 280).

### 5.1.3. Intervention chirurgicale du 17 novembre 2016 et évolution post-opératoire

Dans un rapport du 2 juin 2016, le Dr D. \_\_\_\_\_ a signalé que l'assuré était « *géné par les douleurs au niveau du poignet. Il s'imagine mal réaliser même une activité légère en raison des douleurs au niveau du poignet* »; toutefois, il a affirmé que son patient, alors en stage d'orientation au CEPAL, « *doit pouvoir continuer cette activité en tout cas momentanément* » (dossier SUVA, pièce 276).

L'assuré a alors été adressé au Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, qui a proposé une nouvelle intervention chirurgicale (rapport du 12 septembre 2016, dossier SUVA, pièce 301).

Appelé à se déterminer sur cette proposition, le médecin d'arrondissement de la SUVA a confirmé la prise en charge de cette nouvelle intervention, tout en soulignant le fait que l'exigibilité médicale n'allait cependant pas changer (note du 11 novembre 2016, dossier SUVA, pièce 315).



L'intervention proposée a ainsi été réalisée le 17 novembre 2016 par le Dr D. \_\_\_\_\_ (« *résection de la styloïde ulnaire et suture du TFCC poignet droit* »; dossier SUVA, pièce 325).

Dans un rapport du 13 janvier 2017, le Dr D. \_\_\_\_\_ a relevé une évolution post-opératoire favorable et une amélioration de la mobilité et de la sécurité sur le poignet, avec cependant quelques douleurs dans les mouvements extrêmes. Il a toutefois prolongé l'incapacité de travail « *comme maçon en cours de réinsertion professionnelle* » (dossier SUVA, pièce 333).

Le 15 mars 2017, il a indiqué que l'assuré avait « *regagné une mobilité quasi complète de son poignet droit sans instabilité. Les douleurs sont très occasionnelles et ne nécessitent pas de traitement antalgique* », de sorte qu'il a proposé « *la reprise à l'essai de son activité professionnelle* » de maçon (dossier SUVA, pièce 345).

Par courrier du 23 mars 2017, il a demandé à la SUVA la prise en charge d'un séjour de réévaluation et de rééducation à la Clinique romande de réadaptation (CRR) (dossier SUVA, pièce 343).

Le médecin traitant a encore confirmé la possibilité d'une reprise de l'activité professionnelle, avec au besoin une reconversion professionnelle à considérer, dans un rapport du 17 mai 2017 (dossier SUVA, pièce 370).

#### 5.1.4. Clôture du cas par la SUVA et décision querellée

Un nouvel examen médical final a eu lieu le 15 mai 2017 auprès d'un autre médecin d'arrondissement de la SUVA, la Dresse G. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, qui a alors retenu que la situation était stabilisée. Elle a en revanche considéré que rien ne permettait de penser qu'un séjour à la CRR pourrait changer la situation de manière relevante et que l'exigibilité médicale fixée lors du précédent examen médical final devait être confirmée (dossier SUVA, pièce 351).

Le 21 août 2017, l'OAI a indiqué à la SUVA que la procédure AI était « *au stade de l'examen du droit ou pas à une rente* » (dossier SUVA, pièce 374).

C'est dans ce contexte que la SUVA a informé l'assuré de son intention de mettre un terme au versement des indemnités journalières au 30 septembre 2017 (courrier du 22 août 2017, dossier SUVA, pièce 375).

Par décision du 25 août 2017, elle a fixé le taux d'invalidité à 14%, en prenant en considération un revenu d'invalidé de CHF 63'250.- obtenu sur la base des DPT. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% a également été accordée (dossier SUVA, pièce 380).

Dans son opposition du 29 août 2017, complétée le 29 septembre 2017, l'assuré a contesté le taux d'invalidité retenu, considérant que l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail était prématurée, à défaut de séjour de réadaptation à la CRR. Il a affirmé qu'en présence de douleurs en torsion du poignet droit, une capacité de travail dans une activité adaptée à 100% restait contestable. Il a également critiqué le salaire d'invalidé retenu au moyen des DPT, en affirmant que le salaire moyen des DPT sélectionnées n'était pas conforme au salaire moyen de l'ensemble des postes possibles (dossier SUVA, pièce 398).

L'autorité intimée a rejeté l'opposition par décision du 6 octobre 2017, en considérant notamment que rien ne permettait de remettre en cause l'exigibilité retenue par son médecin d'arrondissement (pleine capacité de travail dans une activité adaptée), d'autant moins que le médecin traitant de l'assuré lui-même avait proposé la reprise à l'essai de l'activité habituelle de maçon. Par ailleurs,

elle a confirmé son calcul du revenu d'invalidé, en affirmant que les DPT choisies étaient adaptées au handicap de l'assuré et que le calcul avait été établi conformément à la jurisprudence.

#### 5.1.5. *Recours et éléments ultérieurs*

Dans son recours à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA, le recourant conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause pour détermination du degré d'invalidité « *à la fin des mesures d'évaluation et de réadaptation de l'assurance invalidité, au besoin en mettant en œuvre une expertise médicale neutre et objective pour fixer correctement le degré d'invalidité* ». Il insiste sur le fait que la décision du 25 août 2017 a été rendue prématurément et que les limitations fonctionnelles du poignet droit n'ont pas été correctement fixées.

A l'appui de sa position, le recourant indique tout d'abord qu'une nouvelle mesure d'ordre professionnel a encore été accordée par l'AI le 20 septembre 2017, sous la forme d'un nouveau stage d'orientation au CEPAL dès le 18 septembre 2017, initialement jusqu'au 17 décembre 2017 (dossier SUVA, pièce 396) et prolongé ensuite jusqu'au 25 mars 2018 (bordereau recourant, pièce 12 et décision du 15 décembre 2017 de l'OAI produite par le recourant le 27 février 2018). Il produit un rapport de stage intermédiaire du 11 décembre 2017, dont il ressort qu'il est « *très motivé et prêt à s'investir dans sa réinsertion professionnelle* » et qu'il ne ressent « *pas de douleurs particulières [au niveau du poignet droit] en effectuant les travaux proposés* » au CEPAL (bordereau recourant, pièce 12).

Il explique en outre avoir subi un accident au niveau du genou droit le 25 septembre 2017 (genou tordu suite à un faux mouvement en réceptionnant un ballon) qui aurait nécessité une opération le 28 février 2018 (bordereau recourant, pièces 10, 15 et 16).

Enfin, il produit un rapport du 19 janvier 2018 du Dr D. \_\_\_\_\_, dans lequel ce dernier indique que « *l'évolution clinique est favorable et la situation stabilisée avec quelques limitations au niveau du poignet* ». Il estime que les limitations retenues par la SUVA sont trop importantes et gênent l'assuré pour une reconversion professionnelle, dans la mesure où il « *se sent capable de faire plus que ces limitations-là* ». Dès lors, il propose la mise en œuvre d'une évaluation à la clinique de réhabilitation pour avoir des mesures objectives de ses limitations (bordereau recourant, pièce 14).

Quant à l'autorité intimée, elle répète que les conclusions de ses médecins d'arrondissement s'agissant de la stabilisation du cas et de l'exigibilité d'une activité adaptée ont entière valeur probante et ne sont remises en cause par aucun élément médical contraire. Dès lors, elle conteste s'être prononcée de manière prématurée en statuant sur le taux d'invalidité du recourant. Elle répète également que les DPT choisies sont adaptées aux limitations fonctionnelles et ont été retenues conformément à la jurisprudence en la matière, de sorte que le taux d'invalidité doit être confirmé.

5.2. La première condition posée par l'art. 19 al. 1 LAA pour ouvrir le droit à la rente est l'absence de possibilité de sensible amélioration de l'état de santé du fait de la continuation du traitement médical.

Il s'agit, en d'autres termes, de la stabilisation de l'état de santé.

Dans la mesure où cette question n'est pas formellement remise en cause par le recourant et où tous les avis médicaux concordent sur ce point (cf. notamment rapport d'examen final du 15 mai 2017 de la Dresse G. \_\_\_\_\_ et rapport du 19 janvier 2018 du Dr D. \_\_\_\_\_), il convient de

confirmer que l'état de santé du recourant, en ce qui concerne les suites de l'accident assuré, peut être considéré comme stabilisé sur le plan médical.

Le fait que le recourant ait été victime d'un nouvel accident au niveau du genou droit le 28 février 2018 n'y change rien. Tout au plus ce dernier évènement atteste-t-il qu'il est apte à pratiquer des activités sportives en dépit de ses douleurs.

5.3. Quant à la seconde condition de l'art. 19 al. 1 LAA, à savoir le fait que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme, la Cour constate tout d'abord que lorsque la décision initiale de fixation du taux d'invalidité a été rendue par la SUVA, le 25 août 2017, aucune mesure de réadaptation de l'AI n'était en cours.

Ceci avait d'ailleurs été expressément confirmé par l'OAI à la SUVA le 21 août 2017 (dossier SUVA, pièce 374).

Dès lors que les deux conditions cumulatives de l'art. 19 al. 1 LAA étaient remplies, l'autorité intimée était ainsi en droit de statuer sur le droit à une rente ordinaire.

5.4. Il s'avère cependant qu'au cours de la procédure d'opposition, une mesure d'ordre professionnel a finalement été octroyée par l'OAI le 20 septembre 2017, sous la forme d'un nouveau stage d'orientation au CEPAL du 18 septembre 2017 au 25 mars 2018.

Dans ce contexte, il aurait été possible d'envisager d'octroyer une rente transitoire, au sens de l'art. 30 al. 1 OLAA, plutôt qu'une rente ordinaire.

Quoi qu'il en soit, cette distinction n'a en l'espèce aucune conséquence sur le calcul du taux d'invalidité.

En effet, aux termes de l'art. 30 al. 1 OLAA, la rente transitoire est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant au moment de la stabilisation de l'état de santé.

En l'espèce, c'est précisément la capacité de travail résiduelle au moment de la stabilisation de l'état de santé, dans une activité adaptée ne nécessitant pas de reconversion professionnelle particulière, qui a été prise en compte par l'autorité intimée pour fixer le taux d'invalidité résultant des séquelles de l'accident assuré.

Le fait de qualifier la rente octroyée de rente transitoire, plutôt que de rente ordinaire, ne saurait ainsi influencer sur la méthode applicable pour calculer le taux d'invalidité.

Au demeurant, il convient de préciser que toutes les mesures d'ordre professionnel mises en œuvre par l'assurance-invalidité semblent aujourd'hui être arrivées à terme sans toutefois avoir modifié la capacité résiduelle de travail du recourant, de sorte qu'un renvoi sur ce point aboutirait manifestement à un taux d'invalidité identique et n'apparaît dès lors pas opportun.

Partant, la décision de l'autorité intimée de mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières pour se prononcer sur le droit à une rente d'invalidité ordinaire, sur le long terme, ne prête pas le flanc à la critique.

6.

Le recourant conteste également l'exigibilité médicale retenue par la SUVA, dans la mesure où il affirme que la possibilité d'un travail à temps complet avec un plein rendement n'est pas garantie en l'état.

Pour mémoire, l'exigibilité retenue est la suivante: « *une pleine capacité de travail (...) toute la journée dans une activité légère et/ou activité de surveillance, sans utilisation de la main dominante droite pour des tâches avec mouvement répétitif nécessitant de la force, sans utilisation d'outils lourds, sans vibration, à-coups ou similaires et sans port de charge régulier de la main droite supérieur à 5 kg* ».

Celle-ci se fonde sur l'appréciation du 17 novembre 2015 du Dr E.\_\_\_\_\_ (dossier SUVA, pièce 217), confirmée par la Dresse G.\_\_\_\_\_ le 15 mai 2017 (dossier SUVA, pièce 351).

Il convient de reconnaître une pleine valeur probante à l'appréciation de ces médecins. En effet, leurs rapports respectifs reposent sur un examen complet du dossier médical du recourant ainsi que sur un examen clinique, lors duquel le recourant a pu s'exprimer sur sa situation actuelle, en particulier sur ses douleurs, et, lors de l'examen du 15 mai 2017, sur les suites de la dernière intervention chirurgicale. En outre, lors de ces deux consultations, divers examens et tests cliniques ont été réalisés. Sur la base de ces éléments, les limitations fonctionnelles ont été fixées de manière détaillée et l'appréciation de la capacité de travail résiduelle liée à ces limitations est motivée et convaincante.

Au demeurant, l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée n'est nullement remise en cause par le médecin traitant du recourant, qui, dans un rapport du 15 janvier 2016, avait tout d'abord retenu des limitations fonctionnelles identiques à celles des médecins de la SUVA (dossier SUVA, pièce 227).

Il a ensuite confirmé, à plusieurs reprises, l'évolution très favorable suite à la dernière intervention chirurgicale, à tel point qu'il a proposé la reprise de l'activité habituelle de maçon (rapports des 15 mars 2017 et 17 mai 2017, dossier SUVA, pièces 345 et 370).

Enfin, dans un dernier rapport du 19 janvier 2018 (bordereau recourant, pièce 14), il a même affirmé que les limitations fonctionnelles retenues étaient trop importantes et devraient, somme toute, être revues à la baisse.

Dans ces conditions, rien ne permet de remettre en cause l'exigibilité d'une activité à 100% sans diminution de rendement, a fortiori dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles admises par la SUVA.

La mise en œuvre d'une expertise médicale visant à préciser la capacité de travail résiduelle n'apparaît ainsi pas nécessaire.

7.

Il reste donc à examiner si, compte tenu de l'exigibilité médicale qui vient d'être confirmée, le taux d'invalidité a été calculé de manière conforme au droit par l'autorité intimée.

D'emblée, on précisera que selon la jurisprudence, il n'y a pas de priorité entre la méthode des DPT, utilisée par la SUVA en l'espèce, et celle se fondant sur l'ESS, chacune étant également acceptable (cf. ATF 129 V 472, consid. 4.2.1).

7.1. En l'espèce, la SUVA a sélectionné 5 DPT – sur les 119 DPT entrant en considération – jugées compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant. Les salaires minimaux et maximaux de chaque poste ont été indiqués. En outre, les feuilles d'enregistrement des 5 DPT sélectionnées mentionnent de manière détaillée les exigences et les conditions salariales de chaque activité (dossier SUVA, pièce 376).

Le fait de retenir la moyenne des salaires moyens des DPT retenues est en outre conforme à la jurisprudence, quoi qu'en dise le recourant.

Il appert ainsi que les conditions formelles posées par la jurisprudence en matière de détermination du revenu d'invalidité ont été respectées.

7.2. Le recourant critique également les DPT sélectionnées, en mettant en doute le fait que celles-ci soient compatibles avec son état de santé, dans la mesure où les postes retenus impliqueraient l'usage des deux mains de manière plus ou moins soutenue.

En l'espèce, les DPT retenues sont les suivantes: livreur de pièces automobiles, ouvrier de montage de bracelets de montres, employé de montage électronique, réceptionniste guichet et planificateur de trafic d'une entreprise de transport. Aucun de ces postes n'implique le port de charges supérieur à 10 kg, étant précisé que seul l'un d'entre eux prévoit le soulèvement de charges entre 5 et 10 kg et ce, « parfois » seulement. Le maniement d'outils lourds n'entre pas non plus en ligne de compte, pas plus que la confrontation à des vibrations ou des à-coups.

Par ailleurs, les descriptions littérales des postes retenus, dont on ne saurait par principe supputer qu'elles ne correspondent pas à la réalité, paraissent parfaitement adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant et, partant, à l'exigibilité médicale qui vient d'être confirmée.

Nier la compatibilité des postes retenus reviendrait, dans les faits, à accepter que le recourant ne puisse plus du tout utiliser sa main droite, ce qui n'est en l'espèce aucunement établi d'un point médical.

On peine ainsi à comprendre le recourant lorsqu'il laisse entendre que ces postes ne seraient pas adaptés à son état de santé, d'autant plus que sa capacité de travail se serait, selon son médecin traitant, encore améliorée.

Dès lors, quoi qu'en dise le recourant, les DPT retenues sont dans l'ensemble en adéquation avec sa capacité résiduelle de travail.

7.3. Enfin, on rappellera également qu'en cas d'utilisation de la méthode des DPT, une réduction de salaire n'est ni justifiée ni admissible (cf. considérant 3.3.2 ci-dessus).

Partant, le grief du recourant concernant le fait d'avoir choisi des « *DPT très précises qui ne laissent aucune marge d'appréciation ni aucune possibilité de correction, notamment en raison d'une baisse de rendement* », doit également être écarté.

7.4. Au final, l'on peut dès lors confirmer le recours à une méthode (DPT), cautionnée par la jurisprudence, ainsi que l'application de dite méthode au cas d'espèce du recourant, compte tenu des limitations objectivement retenues.

La prise en considération d'un revenu d'invalidité hypothétique de CHF 65'250.- est ainsi confirmée.

Après comparaison de ce montant avec le revenu sans invalidité, qui n'est pas remis en cause, de CHF 73'814.-, le taux d'invalidité de 14.31% s'avère ainsi justifié.

8.

Il découle de tout ce qui précède que c'est à bon droit que la SUVA a accordé au recourant une rente d'invalidité de 14%.

Il s'ensuit le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée.

En application du principe de la gratuité prévalant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice.

Il n'est pas non plus alloué d'indemnité de partie.

**la Cour arrête:**

- I. Le recours est rejeté.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni octroyé de dépens.
- III. 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 15 novembre 2018/isc

Le Président:

La Greffière: