



**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 2018 19

## **Arrêt du 15 juillet 2019**

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

#### **Composition**

Président :	Marc Boivin
Juges :	Marianne Jungo, Marc Sugnaux
Greffière-stagiaire :	Emilie Dafflon

#### **Parties**

**A.** \_\_\_\_\_, **recourant**, représenté par Me Charles Guerry, avocat  
contre  
**SUVA, autorité intimée**, représenté par Me Didier Elsig, avocat

#### **Objet**

Assurance-accidents – rente d'invalidité – indemnité pour atteinte à l'intégrité

Recours du 23 janvier 2018 contre la décision sur opposition du 15 décembre 2017

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_, né en 1977, sans formation professionnelle, travaillait en tant que monteur en structures métalliques (serrurerie) au sein de l'entreprise B. \_\_\_\_\_ Sàrl à C. \_\_\_\_\_. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et les accidents non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de la SUVA.

Le 31 janvier 2013, il a été victime d'un accident professionnel. Occupé à percer une pièce en acier, la mèche de sa perceuse s'est cassée et l'a blessé au niveau de l'index et du majeur gauches.

Le 14 février 2013, il a subi une intervention chirurgicale au cours de laquelle l'on remarqua que les tendons fléchisseurs et les nerfs collatéraux de l'index et du majeur gauches avaient été gravement sectionnés et une suture des fléchisseurs de d2 et du nerf collatéral cubital de d2 a été effectuée.

La SUVA a pris le cas en charge.

Depuis l'accident, l'assuré a suivi de nombreuses séances de physiothérapie et d'ergothérapie et il prend plusieurs médicaments par jour.

Il a développé en 2014 une symptomatologie de compression du nerf ulnaire au coude gauche, qui a été traitée par neurolyse et transposition antérieure le 31 mars 2014.

Il a continué l'ergothérapie, a eu des traitements médicamenteux et des interventions par infiltration du ganglion stellaire.

Du 26 août au 23 septembre 2015, il a séjourné au service de réadaptation de l'appareil locomoteur à la Clinique romande de réadaptation pour thérapies physiques et fonctionnelles contre les douleurs et la limitation fonctionnelle du membre supérieur gauche.

Des troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, ont aussi été évoqués.

B. Par décision du 31 août 2016, l'assuré s'est vu allouer pour les séquelles organiques une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%. En revanche, un droit à une rente d'invalidité a été nié.

Une opposition a été formée en temps utile le 27 septembre 2016 par l'intermédiaire de Me Charles Guerry, avocat.

Suite à cette opposition, l'entier du dossier a été soumis au service médical de la SUVA. Celui-ci a établi que la situation médicale n'était pas stabilisée et, sur la base de l'appréciation chirurgicale du 25 novembre 2016, admis qu'il y avait encore un traitement sous forme de physiothérapie en cours, notamment susceptible d'améliorer la situation.

Pour ce motif, la décision du 31 août 2016 a été annulée et il y a eu reprise du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux.

C. Par décision du 16 juin 2017, après avoir constaté la stabilisation de l'état de santé de l'assuré, la SUVA a une nouvelle fois octroyé à l'assuré, pour les séquelles organiques, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% et nié le droit à une rente d'invalidité. Elle a également

refusé de prendre en compte l'impact des troubles psychogènes sur la capacité de gain, au motif que ces troubles n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident du 31 janvier 2013.

Le 18 août 2017, l'assuré s'est opposé à la décision du 16 juin 2017, par l'intermédiaire de son mandataire. Il a contesté le refus de rente et l'ampleur de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, critiquant l'absence de prise en compte des troubles psychiques en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident, ainsi que des douleurs à sa main gauche résultant d'un CRPS attesté. Le 5 septembre 2017, il a produit un rapport de sa psychiatre et a conclu à la mise en œuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire (neurochirurgie et psychiatrie).

D. Par nouvelle décision du 30 octobre 2017, annulant sa décision du 16 juin 2017, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 15% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017, prenant en considération une incapacité de gain de 15% due à des séquelles organiques de l'accident du 31 janvier 2013. Par contre, elle a persisté à nier l'origine accidentelle des troubles psychiques. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, comme dans les décisions précédentes, elle a été fixée sur la base d'un taux de 5%.

Le 1<sup>er</sup> décembre 2017, l'assuré a déposé une opposition contre la décision de la SUVA du 30 octobre 2017. Il a fait valoir que les troubles psychogènes étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident. Il a réclamé par conséquent la mise en œuvre d'expertises psychiatrique et neurochirurgicale.

Par décision du 15 décembre 2017, la SUVA a rejeté l'opposition du 1<sup>er</sup> décembre 2017.

E. A. \_\_\_\_\_, toujours représenté par le même mandataire, interjette un recours de droit administratif auprès de l'Instance de céans le 23 janvier 2018. Il conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 15 décembre 2017 et, principalement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire (psychiatrique et neurochirurgicale) et, subsidiairement, à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30% ainsi qu'à une rente d'invalidité LAA d'un degré d'invalidité de 86%. A l'appui de son recours, il invoque pour l'essentiel une constatation incomplète des faits, la décision attaquée retenant à tort que la diminution de rendement en raison de ses limitations fonctionnelles somatiques ne s'élève qu'à 10%. Il reproche aussi à la SUVA de nier l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 31 janvier 2013.

Dans ses observations du 21 mai 2018, la SUVA conclut au rejet du recours. Elle est de l'avis que l'assuré s'autolimite. Même si la capacité de travail dans l'activité d'ouvrier de construction métallique peut être considérée comme nulle, cela ne signifie pas, pour autant, que celui-ci, âgé de 41 ans aujourd'hui, doive se considérer comme totalement invalide, ce d'autant moins au regard d'une atteinte qu'il faut considérer comme relativement modeste et portant sur le membre supérieur non dominant. Ainsi, dans une activité adaptée, limitant le port de charges à 5 kg avec le membre supérieur gauche, sans activité nécessitant une motricité fine de la main gauche, la capacité de travail de l'assuré doit être considérée comme entière. Dans une activité professionnelle combinant les deux mains, il faut toutefois s'attendre à une exécution plus lente du travail. Ainsi, l'assuré risque de devoir compenser avec son membre supérieur droit, ce qui pourrait diminuer son rendement, de 5 à 10% au maximum. De même, la SUVA refuse de retenir que celui-ci satisfait un seul – et encore moins plusieurs – des critères énoncés par la jurisprudence fédérale dans une mesure suffisante pour établir une causalité adéquate entre l'accident du 31 janvier 2013

et les troubles psychiques évoqués. Enfin, elle estime que l'atteinte à l'intégrité a été correctement indemnisée.

Dans un second échange d'écritures, les parties campent sur leurs positions.

Il n'y a pas eu d'autre échange d'écritures entre les parties.

Il sera fait état des arguments développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

## **en droit**

1.

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

2.

Les dispositions de la 1<sup>ère</sup> révision de l'assurance-accidents (changement du 25 septembre 2015) ont entraîné la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 V 315 consid. 3.1.1 et 129 V 1 consid. 1.2). Selon les dispositions transitoires y relatives, pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de cette modification et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit. Par conséquent, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre de la 1<sup>ère</sup> révision de l'assurance-accidents, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont ici pas applicables.

3.

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.

D'après l'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

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

nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b; 117 V 369 consid. 3a; 117 V 359 consid. 5a). Cependant, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s., consid. 3b).

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\_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1; ATF 129 V 177 consid. 3.2; 117 V 359 consid. 4b).

3.2. La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et notamment les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime (ATF 115 V 133, 105 V 403).

Suivant la manière dont ils se sont déroulés, les accidents peuvent être classés en trois catégories: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et les accidents de gravité moyenne. 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 6 novembre 2012 consid. 5.2 *in* SVR 2013 UV Nr. 3; 8C\_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 *in* SVR 2012 UV Nr. 23 p. 84). La gravité des lésions subies ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêt TF 8C\_826/2011 du 17 décembre 2012 consid. 6.1 et les références).

Lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Sont réputés de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés comme accident de peu de gravité ou comme accident grave. Dans ce cas, il convient ensuite d'examiner les critères prévus par la jurisprudence pour admettre la présence d'un lien de causalité adéquate dans le cadre d'un accident de gravité moyenne. Les critères les plus importants sont les suivants:

- 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.

Au minimum trois des critères précités doivent être remplis pour admettre la causalité adéquate s'agissant des accidents de gravité moyenne si aucun d'entre eux n'est présent de manière prépondérante. Dans les accidents de gravité moyenne, mais à la limite des accidents de peu de gravité, quatre critères doivent en revanche être remplis (arrêts TF 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5 et 8C\_935/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.1.3). Par contre, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire (ATF 115 V 133 consid. 6 c/bb; 115 V 403 consid. 5 c/bb).

4.

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 LPGA). 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).

4.1. 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 (art. 16 LPGA). 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 la référence).

4.2. 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).

4.3. En ce qui concerne le revenu d'invalidé, 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 (FRÉSARD-FELLAY, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 421 par. 286).

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 (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]).

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 SUVA peut et même doit s'y référer pour fixer le revenu d'invalidé. En pareils cas, il n'est pas nécessaire d'effectuer un calcul de contrôle à l'aide des statistiques salariales de l'ESS (voir arrêt TF 8C\_790/2009 du 27 juillet 2010 consid. 4.3). Il n'en va pas différemment si un tel calcul était favorable pour l'assuré (arrêt TF 8C\_525/2010 du 21 septembre 2010 consid. 3.2.2.3). 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).

5.

Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; SR 832.202]).

D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de

l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

Usant de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 36 OLAA. Selon l'al. 2 de cette disposition, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Celle-ci comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive. Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Dans ce cadre, la division médicale de la SUVA a établi des tables complémentaires d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Ces tables, qui ne constituent pas des règles de droit mais de simples indications ne liant pas le juge, sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés (arrêt TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.2 avec les références citées dont notamment ATF 124 V 209 consid. 4a).

6.

Que ce soit pour calculer le degré d'invalidité ou évaluer l'importance de l'atteinte à l'intégrité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

6.1. 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 8C\_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

6.2. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant



donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee).

Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

7.

La stabilisation de l'état de santé du recourant au 1<sup>er</sup> juillet 2017 n'est pas contestée. Le litige porte en revanche sur le taux de la rente d'invalidité allouée et sur celui de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il convient d'examiner en premier lieu la question de la rente.

#### *7.1. Etat de santé et capacité de travail déterminante*

7.1.1. Sous l'angle somatique, les atteintes à la santé ont évolué comme suit.

Le recourant a eu un accident le 31 janvier 2013 au cours duquel il s'est sectionné l'index et le majeur gauches. Les diagnostics suivants ont d'abord été posés: plaie index et majeur de la main gauche, lésion FDP D2 zone II avec lésion du nerf collatéral palmaire cubital de D2 à gauche, contusions neurales nerf palmaire radial de l'index et nerf radial du majeur gauche, lésion partielle de la poulie A2 proximale et A1 index main gauche. Vu la dysfonction nette du fléchisseur profond, une opération chirurgicale avec révision des nerfs a été effectuée le 14 février 2013 (voir rapport initial LAA du 11 juillet 2013, pièce 28; protocole opératoire définitif du 14 février 2013, pièce 29; premier entretien SUVA, pièce 79; rapport de Dr Christof Bollmann, médecin associé auprès du Service de chirurgie plastique et de la main du CHUV, pièce 105).

L'évolution dans les mois suivant l'accident et l'opération n'a pas été favorable. Le recourant a rencontré des difficultés dans l'usage de sa main gauche, avec une hypersudation persistante et une perte de force importante. Le diagnostic de CRPS type II post suture, avec allodynie mécanique, a même été posé par les chirurgiens et l'ergothérapeute traitants (voir rapport du 22 janvier 2014 de Dr D.\_\_\_\_\_ et Dr E.\_\_\_\_\_, chirurgiens auprès de la clinique de chirurgie orthopédique de F.\_\_\_\_\_, pièce 61, mentionnant également que cliniquement le fléchisseur profond fonctionne bien et qu'il persiste une hyposensibilité sur la face ulnaire distale de l'index; rapports d'évaluation d'ergothérapie du 21 janvier 2014, pièce 45).

Dans son rapport médical du 13 avril 2014, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, indique quant à lui qu'il n'y a pas de vrai signe pour un CRPS type II au niveau de la branche cutanée palmaire du nerf médian gauche. Par contre, il note un syndrome canalaire du nerf cubital gauche dans la gouttière cubitale. Il précise que tant le syndrome canalaire que l'absence de lésion du nerf médian ont été confirmés dans un électromyogramme (EMG). Il ajoute que les symptômes sudomoteurs sont présents au niveau des deux mains avec un érythème palmaire bilatéral parlant plutôt pour des symptômes associés à la consommation d'alcool. Pour cette raison-là, il se

demande si les douleurs neuropathiques ressenties ne sont pas d'origine toxique (neuropathie éthylique). Il conclut en indiquant qu'il faut faire une neurolyse au niveau de la gouttière cubitale puisqu'on note déjà une bonne atrophie des interosseux (voir pièce 66).

Le diagnostic de syndrome de compression du nerf cubital au coude gauche a ensuite été ajouté et un examen neurologique a confirmé une lésion importante de ce nerf. Celui-ci a été opéré le 31 mars 2014 (neurolyse et transposition antérieure du nerf ulnaire au coude gauche, voir pièce 90).

Le traitement d'ergothérapie, sous la forme d'une rééducation sensitive visant la résolution de l'allodynie mécanique, a été poursuivi sur recommandation des chirurgiens traitants, puis interrompu provisoirement en avril 2015 car il était incompatible avec les activités d'un stage d'observation professionnelle prévu à l'initiative de l'Office de l'assurance-invalidité pour la période du 7 avril 2015 au 10 juillet 2015 (voir rapport d'ergothérapie du 8 avril 2015, pièce 175; communication du 15 avril 2015, pièce 182). Suite à plusieurs avis médicaux, il a toutefois été mis fin au stage après deux semaines et le traitement d'ergothérapie a été repris (voir notamment la référence au rapport de l'Inselspital recommandant l'arrêt de la mesure en cours, la suspension de toute sollicitation de la main gauche et l'octroi de la priorité au traitement antalgique de l'atteinte, pièce 206). A ce stade, le diagnostic mis en évidence par les chirurgiens et l'ergothérapeute traitants était un CRPS type II évolué avec lésion des fibres a bêta de la branche cutanée palmaire du nerf médian avec allodynie mécanique (stade V de lésions axonales). Le constat était que la situation avait globalement empiré avec une algie mécanique importante et des douleurs au toucher global de la main (voir notamment rapport du 25 juin 2015 de Dr H. \_\_\_\_\_, chirurgien traitant, pièce 218).

Suite à un examen par le médecin d'arrondissement de la SUVA le 20 juillet 2015, celui-ci a recommandé un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR), à Sion (pièce 220). Dans un rapport détaillé du 29 juillet 2015, Q. \_\_\_\_\_, ergothérapeute traitant, a quant à lui fortement déconseillé de tenter à nouveau de mettre en activité la main gauche du recourant. Il a recommandé au contraire de ne pas toucher tout l'hémicorps gauche et de ne pas bouger le carpe pour ne pas nourrir le CRPS (pièce 227). Le séjour en clinique de réadaptation a toutefois été maintenu. Il a eu lieu du 26 août 2015 au 23 septembre 2015.

Dans son rapport médical du 2 octobre 2015 (pièce 245), Dr I. \_\_\_\_\_, rhumatologue auprès de la CRR, expliquait qu'à l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient étaient une douleur située sur la face palmaire de l'index et qui irradiait jusqu'à l'avant-bras et parfois jusqu'au bras gauche. Sur le plan orthopédique, il confirmait comme probable le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe de type 2 (lésion du nerf collatéral). Les critères étaient selon lui remplis même si cliniquement, en dehors de l'allodynie et de la température diminuée, il n'y avait qu'assez peu de signes cliniques. Globalement, il considérait que l'évolution subjective et objective était légèrement favorable, avec amélioration de l'intégration de la main gauche et de meilleures préhensions. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Dans un rapport d'ergothérapie établi séparément (pièce 249), le service d'ergothérapie de la CRR a conclu en résumé que l'allodynie de l'index était telle que le recourant excluait son doigt dans les actes de la vie quotidienne et que celui-ci était capable d'utiliser sa main dans sa globalité mais se limitait pour éviter l'augmentation de la douleur. Il a précisé que les exercices actifs se sont avérés efficaces.

Le 24 mars 2016, dans un rapport demandé par la SUVA (pièce 280), Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, chirurgie de la main et chirurgie des nerfs périphériques, a ensuite constaté qu'il n'y avait à ce moment-là que de minimes troubles trophiques à la main gauche, sous forme d'une discrète atrophie du sous-cutané sur l'index et le médium. Il a noté une déformation des dernières phalanges des 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> doigts, en relation avec d'anciens traumatismes à ces endroits, qui avaient apparemment guéri sans séquelle fonctionnelle. La mobilité du poignet de l'avant-bras était complète. Il en allait de même sur le coude, même si l'extension complète était un peu lente, accompagnée d'une dystonie. Ce spécialiste a estimé par ailleurs que les recommandations du thérapeute émises en juin 2015, à savoir ne pas toucher tout l'hémicorps gauche et ne pas bouger le carpe gauche, n'ont pas été opportunes pour la récupération de la mobilité du membre supérieur gauche. De plus, la recommandation faite au médecin de ne pas examiner son patient et la critique vis-à-vis du séjour à la CRR n'étaient pas adéquates. Notant encore que le recourant intégrait correctement les doigts de la main gauche, mis à part l'index, il a considéré qu'à plus de trois ans du traumatisme, ce déficit était définitif.

Dans son rapport d'appréciation chirurgicale du 25 novembre 2016 (pièce 316), Dre K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie du centre de compétence SUVA, a estimé que la situation ne pouvait encore être considérée comme stabilisée. Elle a précisé que le manque de force du membre supérieur gauche était dû uniquement au manque d'utilisation de ce dernier et qu'à force de physiothérapie et d'utilisation accrue, ce manque de force de préhension pourrait être amélioré.

Lors de son examen final du 11 mai 2017 (voir pièce 354), Dr L. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, a récapitulé les éléments ci-dessus. Il a constaté que, subjectivement, le patient se plaignait de douleurs et de décharges électriques partant de l'index gauche face palmaire, prenant la paume de la main gauche, et montant vers l'avant-bras puis le bras jusqu'à l'épaule gauche. Il n'utilisait plus sa main gauche dans la vie quotidienne. Objectivement, la mobilité du poignet gauche était quasiment normale, mis à part la flexion de l'index. A la palpation de toute la main gauche, le patient se crispait jusque dans l'épaule et faisait des mouvements de retrait, sans possibilité de déterminer un endroit précis particulièrement douloureux au niveau de toute la main. Par contre, à aucun moment durant l'entretien qui a duré 1 heure 20 minutes, le patient n'a montré une quelconque manifestation spontanée d'une douleur, malgré le fait qu'il expliquait ressentir des décharges de type électrique dans sa main gauche à intervalles de cinq minutes, décharges qu'il chiffrait à 7-8/10 sur l'échelle analogue de la douleur. Le patient est resté souriant durant tout l'entretien malgré une douleur permanente de la main gauche chiffrée à 6-7/10 et les décharges électriques. Du point de vue somatique, le médecin d'arrondissement a repris les avis de Dr M. \_\_\_\_\_ et Dre K. \_\_\_\_\_, relevant que le léger déficit de la flexion de l'index gauche pouvait être considéré comme définitif et qu'il n'y avait pas d'indication opératoire. La situation n'évoluait plus depuis plus d'une année et ceci malgré la poursuite de la physiothérapie et de l'ergothérapie. Il a ainsi considéré que la situation somatique était stabilisée.

En résumé, il peut être retenu du point de vue somatique qu'au 1<sup>er</sup> juillet 2017, date retenue pour la stabilisation de l'état de santé, celui-ci avait évolué vers une atteinte plutôt limitée du point de vue objectif, soit pour l'essentiel un déficit de la flexion de l'index gauche, une mobilité du poignet gauche légèrement inférieure à la normale, ainsi qu'un manque de force de préhension de la main gauche qui pourrait toutefois être amélioré par l'exercice. Quant aux douleurs existant dans le cadre d'un CRPS de type 2, leur fréquence et leur intensité doit être relativisée, notamment sur la

base des constats effectués lors de l'examen du 11 mai 2017, mettant en évidence une tendance du recourant à exagérer ses douleurs au moment où des questions lui sont posées et lors de tout contact sur son membre supérieur droit, de façon indifférenciée. A cet égard, on peut encore mettre en évidence les constats du médecin d'arrondissement, non remis en cause par les autres spécialistes, précisant que le recourant est complètement centré sur ses douleurs, qu'il s'estime incapable d'utiliser son membre supérieur gauche alors que les fonctions articulaires sont conservées et qu'il n'y a pas d'amyotrophie et qu'il présente une peur anticipatoire de la douleur (kinésiophobie) se manifestant par une crispation de la main jusqu'à l'épaule gauche lorsque l'on s'apprête à toucher sa main.

7.1.2. Quant à l'effet des atteintes physiques décrites ci-dessus sur la capacité de travail du recourant, l'ensemble des médecins s'accordent sur le fait que l'activité exercée par celui-ci avant l'accident, soit celle d'ouvrier dans la construction métallique, ne peut plus être exercée. Il existe également un certain consensus médical sur l'exigibilité d'une activité adaptée exercée à 100%, avec un rendement de 100% en respectant les limitations fonctionnelles suivantes:

- pas de port de charge de plus de 5 kg avec la main gauche (dans son rapport du 20 juin 2016, pièce 291, Dre N. \_\_\_\_\_, également médecin d'arrondissement, fixait même la limite à 1kg. Cette différence n'est toutefois pas déterminante vu les précisions apportées ultérieurement quant à la possibilité de porter des charges avec les deux mains, moyennant une légère perte de temps).
- pas d'activité nécessitant une motricité fine de la main gauche.

Cette exigibilité est précisée par les médecins de la SUVA. Ainsi, dans son rapport du 11 mai 2017, complété le 11 octobre 2017, pièces 354 et 395, Dr L. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, précise qu'un travail combiné des deux mains, y compris le port de charges de plus de 5 kg, serait possible mais impliquerait que le patient doive compenser les limitations de son membre supérieur gauche avec son membre supérieur droit, ce qui pourrait diminuer son rendement entre 5% et 10% au maximum. Il rejoint en cela l'avis exprimé le 25 novembre 2016 par Dre K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie du Centre de compétence de médecine des assurances, selon lequel il faut s'attendre, dans le cas d'une activité professionnelle combinant les deux mains, à une exécution plus lente du travail. Les deux médecins précités indiquent par ailleurs qu'il n'y a aucune limitation fonctionnelle quant à l'utilisation de l'épaule, du bras et de l'avant-bras à gauche. Compte tenu de ces explications, les limitations supplémentaires décrites antérieurement par Dre N. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 juin 2016, soit une absence de travail combiné des deux mains et une absence de mouvements nécessitant un travail au niveau du poignet ou du coude gauche, peuvent être écartées. En effet, la première ne tient pas compte de la possibilité de compenser la faiblesse du membre supérieur gauche par la force du membre supérieur droit et la seconde s'écarte du constat objectif selon lequel la mobilité conservée du membre supérieur gauche dans son ensemble.

Le consensus quant à l'exigibilité d'une activité adaptée (voir également l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_ du 24 mars 2016, pièce 280, selon lequel une activité adaptée devait être envisagée sans délai) paraît conforme à l'atteinte relativement limitée qui subsiste au niveau de la main gauche du recourant, plus de quatre ans après l'accident de janvier 2013. Il prend également en compte le CRPS diagnostiqué et plus particulièrement les douleurs invoquées par le recourant.

A cet égard, seul le chirurgien traitant fait état de certains doutes. En effet, tout en indiquant qu'un travail léger, sans port de charge de plus de 5 kg et sans motricité fine de la main gauche pourrait théoriquement être effectué, il mentionne deux problèmes, à savoir premièrement les douleurs difficilement contrôlables qui pourraient survenir aussi dans un travail respectant les limitations susmentionnées et, deuxièmement le fait que le recourant aura de la peine, vu sa formation, à se trouver une activité professionnelle (rapport du 21 juin 2017 de Dr H. \_\_\_\_\_, pièce 377). Il a toutefois été vu ci-dessus que le premier de ces problèmes doit être relativisé, compte tenu de la tendance du recourant à exagérer ses douleurs par une forme d'autolimitation et de la possibilité d'atténuer au besoin celles-ci par des analgésiques. Quant au second, il n'est pas pertinent lorsqu'il s'agit d'évaluer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée ne requérant pas de formation particulière.

Il résulte de ce qui précède que le recourant n'apporte pas d'élément médical suffisant pour mettre en doute la fiabilité et la pertinence des constatations des autres médecins, en particulier l'avis du médecin d'arrondissement formalisé dans son rapport du 11 mai 2017, complété le 11 octobre 2017. Dans ces conditions, il est admis comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante et sans qu'il soit nécessaire de procéder à d'autres éclaircissements, que le recourant a une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée sans port de charge avec la main gauche seule, ne nécessitant ni une motricité fine de la main gauche, avec toutefois une diminution de rendement de 10% au maximum en cas de travail combiné des deux mains, y compris le port de charges. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la conclusion tendant à ce qu'une expertise soit mise en œuvre afin de déterminer notamment le degré d'incapacité de travail du recourant.

7.1.3. Le recourant fait également état de troubles de nature psychique, à savoir un épisode dépressif moyen réactionnel au fait que son état de santé somatique ne s'améliore pas. Il ressort du dossier qu'un traitement a débuté le 13 juillet 2015 auprès de Dre O. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et que ces troubles ont également été mis en évidence par les médecins de la CRR lors du séjour en septembre 2015.

Se fondant notamment sur un rapport médical établi le 25 août 2017 par sa médecin traitante (pièce 393), attestant une limitation de la capacité de travail pour des raisons psychiques sous la forme d'une diminution de rendement comprise entre 20% et 40%, le recourant revendique que sa capacité de travail résiduelle soit réduite de 40% à ce titre.

La SUVA nie quant à elle tout lien de causalité entre les troubles psychiques évoqués et l'accident survenu en 2013.

Dans la mesure où l'accident en question doit être qualifié de moyennement grave au sens de la jurisprudence exposée ci-dessus (consid. 3.2.), il convient d'examiner les critères prévus par la jurisprudence pour admettre la présence d'un lien de causalité adéquate entre cet accident et les troubles psychiques survenus quelque deux ans plus tard:

- l'accident est survenu alors que le recourant perçait un trou dans une pièce métallique à l'aide d'une machine fixée (mèche horizontale qui est actionnée par une pédale à l'aide du pied), lorsque la mèche s'est cassée, a volé en éclats et a été éjectée au-dessous de la protection, venant toucher sa main gauche, alors qu'il est droitier. Par ailleurs, le recourant connaissait les risques de l'utilisation de la machine en cause. Les circonstances concomitantes de l'accident

n'ont été ni particulièrement dramatiques, ni particulièrement impressionnantes au sens où l'entend la jurisprudence.

- les lésions physiques subies, limitées au membre supérieur gauche et plus particulièrement à l'index de la main gauche, ne présentent pas une gravité ou une nature particulière telle qu'elles seraient propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques.
- la durée du traitement médical a été sensiblement plus longue que ce qui pouvait être attendu pour guérir des lésions concernant d'abord uniquement deux doigts. Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il ne faut toutefois pas uniquement se fonder sur l'aspect temporel; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, ainsi que l'amélioration de l'état de santé qui peut être attendue. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (voir p. ex. arrêt TF 8C\_755/2012 du 23 septembre 2013). La jurisprudence a notamment nié que ce critère soit rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré deux ans (arrêt TF U37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3). Or, en l'espèce, même si le traitement a duré plus de quatre ans avant d'atteindre un état de santé stabilisé, il a pour l'essentiel consisté en une première suture cutanée, suivie d'une opération en février 2013 et d'une autre en mars 2014. Pour le reste, mis à part cinq infiltrations réalisées en 2015, il a essentiellement pris la forme de mesures ergothérapeutiques et rééducationnelles. En conséquence, une durée anormalement longue du traitement médical ne peut pas non plus être retenu au titre de critère permettant d'établir une causalité entre l'accident et les troubles psychiques survenus.
- le recourant présente des douleurs physiques persistantes. Toutefois, il a déjà été retenu ci-dessus que la fréquence et l'intensité de ces douleurs doit être relativisée et que, même en tenant compte de celles-ci, les affections somatiques de l'intimé restent compatibles avec l'exercice d'une activité lucrative adaptée à plein temps, certes avec une diminution de rendement. Ce critère n'est dès lors pas non plus rempli.
- le recourant se prévaut d'erreurs médicales qui auraient entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident. Sur ce point, le dossier contient une expertise réalisée à la demande d'une assurance responsabilité civile par Dr P. \_\_\_\_\_ (voir rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2015, pièce 337). Selon cet expert, la prise en charge initiale du cas a été inadéquate. Toutefois, l'évolution du cas ne permet pas d'établir avec certitude un lien de causalité entre le retard de diagnostic et le handicap de la main gauche du patient, essentiellement en raison de la survenue du syndrome régional douloureux, lequel aurait pu se produire même dans le cas d'une prise en charge idéale. Dans ces conditions, on ne peut pas retenir que le critère de l'erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident soit rempli. Cela est d'autant moins le cas que, finalement, même si elles ne sont pas anodines et ont conduit le recourant à ne plus être en mesure d'exercer son ancienne activité, les conséquences de l'atteinte n'empêchent pas celui-ci de conserver une capacité de travail à 100% dans une activité professionnelle adaptée.
- il a déjà été vu ci-dessus que des difficultés significatives sont apparues au cours du processus de guérison et que celui-ci a donné lieu à certaines complications. Tout au long du processus, le recourant a toutefois bénéficié d'un suivi médical. Certes, il a été confronté à des avis divergents de médecins spécialistes et d'ergothérapeutes qui proposaient des approches

thérapeutiques contradictoires qui, appliquées tour à tour, ont pu retarder le processus de guérison. Il n'en demeure pas moins qu'il a toujours pu bénéficier d'un suivi médical qui aurait dû lui permettre de relativiser l'importance de ces difficultés, notamment au regard du fait qu'elles étaient limitées à son membre supérieur gauche et pour l'essentiel à l'index de sa main gauche, alors qu'il est droitier.

- suite à l'accident, le recourant a d'abord rapidement recouvré une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle. Puis, suite à des difficultés dans le processus de guérison et l'apparition d'un CRPS de type 2, l'exercice de son activité habituelle n'a plus du tout été exigible. Finalement, à partir de début 2016 à tout le moins, les médecins ont recommandé la reprise du travail dans une activité adaptée. Il en résulte que le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques ne constitue pas non plus un critère à retenir comme établi.

En fin de compte, aucun des critères examinés ci-dessus n'étant rempli, l'accident du 31 janvier 2013, qualifié de gravité moyenne, ne peut pas être tenu pour la cause adéquate des troubles psychiques du recourant. Il en résulte que c'est à bon droit que la SUVA n'a pas pris en considération ces troubles pour estimer la capacité de travail résiduelle du recourant dans l'activité adaptée qui reste exigible de lui.

## 7.2. *Revenu hypothétique exigible*

Le revenu d'invalidé a été établi par la SUVA sur la base de DPT. Celles qui ont été retenues sont compatibles avec la capacité de travail du recourant, telle qu'elle a été établie ci-dessus, si l'on se réfère aux descriptions littérales des activités à réaliser pour chaque emploi concerné.

Le recourant ne conteste pas en tant que tel le revenu fixé sur la base des DPT à CHF 60'487.-. Il soutient toutefois que sur ce montant, il y a lieu d'opérer non seulement une réduction de 10% pour tenir compte de la perte de rendement liée à la faiblesse du membre supérieur gauche, mais également deux réductions supplémentaires respectivement de 40% afin de tenir compte de la diminution de rendement liée aux troubles psychiques invoqués et de 35% pour prendre en considération la baisse de rendement provoquée par les douleurs inhérentes au CRPS.

Il a été vu ci-dessus que les troubles psychiques ne peuvent être mis en lien de causalité avec l'accident survenu en 2013. Toute réduction à ce titre du revenu hypothétique exigible est en conséquence exclue.

Une réduction supplémentaire liée aux douleurs inhérentes au CRPS n'entre pas non plus en ligne de compte. En effet, il résulte du consensus médical décrit ci-dessus qu'une activité adaptée, tenant compte du manque de mobilité de l'index de la main gauche et plus généralement de la faiblesse de cette main peut être exigée à 100%, moyennant une perte de rendement de 10%. Or, ce consensus prend en considération l'existence du CRPS et des douleurs liées à celui-ci, en relativisant toutefois leur importance et en niant qu'elles aient une incidence supplémentaire sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

En conséquence, il y a lieu de confirmer le revenu hypothétique exigible (revenu d'invalidé) fixé par la SUVA à CHF 54'438.- en opérant une déduction de 10% sur le montant de 60'487.- ressortant des DPT.

### 7.3 Revenu sans invalidité

Le revenu sans invalidité, fixé par la SUVA à CHF 63'958.-, tenant également compte d'une activité accessoire de concierge, n'est pas contesté. Il peut être confirmé.

### 7.4. Taux d'invalidité et droit à une rente

En comparant au 1<sup>er</sup> juin 2017 le revenu hypothétique de CHF 54'438.- encore réalisable en tenant compte des limitations du recourant et le revenu sans invalidité de CHF 63'958.-, on aboutit à un taux d'invalidité de 14'88%, ouvrant le droit à une rente de 15%, comme cela ressort de la décision attaquée.

Le recours sera dès lors rejeté et la décision attaquée confirmée sur ce point.

8.

Le recours porte ensuite sur la question du taux de calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Il ressort de l'appréciation médicale à laquelle la décision attaquée se réfère que le taux d'atteinte à l'intégrité, fixé à 5%, se fonde sur la table 2 (rectifié: 3) des barèmes d'indemnisation, mise en correspondance avec une atteinte des nerfs médians distaux légers concernant plutôt l'index gauche et mise en corrélation avec une perte d'une partie de l'index (voir rapports de Dre N. \_\_\_\_\_ du 20 juin 2016, pièce 292, et de Dr L. \_\_\_\_\_ du 11 mai 2017, pièce 354).

Non contestée en tant qu'elle concerne l'atteinte à la main gauche, cette appréciation paraît appropriée aux troubles subis à cette main pour une personne droitrière. Elle prend également en compte le diagnostic de probable CRPS de type 2, étant rappelé que l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3 OLAA).

Le recourant conclut à la fixation de l'indemnité sur la base d'un taux de 30%, sans expliquer le détail de son calcul. A cet égard, il faut toutefois confirmer que, vu l'absence de lien de causalité entre l'accident et les troubles psychiques, c'est à raison que la SUVA ne les a pas pris en considération dans la fixation du taux.

Il faut dès lors retenir que la SUVA a correctement évalué l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

9.

Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée, sans frais de justice, en application du principe de la gratuité prévalant en la matière.

Vu le sort du recours, il n'est pas alloué de dépens.

*(dispositif en page suivante)*



**la Cour arrête :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué d'indemnité de partie.
- 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 juillet 2019/mfa/msu

Le Président :

La Greffière-stagiaire :