



**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 2019 110  
605 2019 111

## **Arrêt du 20 avril 2020**

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

#### **Composition**

Président : Marc Boivin  
Juges : Marianne Jungo, Marc Sugnaux  
Greffière-stagiaire : Sarah Vuille

#### **Parties**

**A. \_\_\_\_\_, recourant**, représenté par Me Joris Buhler, avocat  
contre  
**SUVA, autorité intimée**

#### **Objet**

Assurance-accidents - droit à la rente - causalité troubles psychiques  
- indemnité pour atteinte à l'intégrité  
  
Recours du 24 avril 2019 contre la décision sur opposition du  
28 mars 2019  
  
Requête d'assistance judiciaire

## considérant en fait

A. Par décision du 30 janvier 2019, confirmée sur opposition le 28 mars 2019, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA), a refusé d'allouer une rente d'indemnité à son assuré A. \_\_\_\_\_, maçon-coffreur né en 1967 et victime d'un accident sur un chantier le 23 juin 2014, qui l'avait vu tomber d'une hauteur d'environ trois mètres sur le sol, ce qui lui avait occasionné une fracture au niveau du radius gauche, réduite par ostéosynthèse, ainsi qu'une fracture par tassement au niveau de la vertèbre lombaire L2, traitée par le port d'un corset.

S'il avait pu quitter l'hôpital après trois jours, il n'avait par la suite jamais repris le travail.

La SUVA estimait en substance que le taux d'invalidité de ce dernier n'excédait pas 9%, les troubles psychiques allégués plus tard ne sachant notamment être pris en compte, l'assuré demeurant capable de travailler dans une activité légère adaptée évitant les mouvements répétitifs et de force avec le poignet ou la main gauche, le port de charges lourdes et les mouvements en porte-à-faux ainsi que répétés de rotation de flexion et du tronc, ne retenant à cet égard, au moment de fixer le revenu statistique ainsi exigible, qu'un unique abattement de l'ordre de 10%.

Par ailleurs, elle fixait également le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité physique à 15%, compte tenu des atteintes au rachis (7,5%) et au poignet gauche (7,5%).

Pour l'essentiel, la SUVA confirmait là une première décision sur opposition rendue en 2017, déjà contestée à l'époque devant la Cour de céans (605 2017 50) mais à la suite de quoi l'affaire avait été classée parce que l'intimée avait accepté de reprendre l'instruction de ce dossier en soumettant son assuré à de nouveaux examens.

B. Le 24 avril 2019, représenté par Me Joris Buhler, avocat, A. \_\_\_\_\_ interjette recours contre la dernière décision sur opposition de la SUVA, concluant, avec suite d'une indemnité de partie, à son annulation et, partant, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% ainsi que d'une atteinte à l'intégrité également fondée sur le taux maximal de 100%, subsidiairement, au renvoi de la cause pour instruction complémentaire. Dans le texte de son mémoire, il laisse aussi entendre qu'il conclut, plus subsidiairement encore, à l'octroi d'une rente d'invalidité partielle de 32,5%. Pour l'essentiel, il s'estime ne plus pouvoir être en mesure de travailler après l'accident, qui l'a touché tant sur un plan physique que psychique, la quasi-totalité des critères jurisprudentiels étant selon lui remplis pour retenir un lien de causalité entre l'accident particulièrement impressionnant et le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive par lequel il serait désormais affecté. La SUVA a méconnu tout cela, au mépris qui plus est de son droit d'être entendu. Il fait valoir, cela étant, que, pour le cas où l'on devrait estimer qu'il serait encore capable de travail, c'est alors une réduction maximale de 25%, pour cause de désavantage salariale, qui devrait être opérée sur le revenu de valide, ce qui aurait pour effet de porter le taux d'invalidité à 32,5 % au minimum. Concernant enfin l'étendue de l'atteinte à l'intégrité, les douleurs au rachis (20%), l'impotence fonctionnelle majeure de la main et du poignet gauche (45%), l'importance de l'arthrose radio-carpienne (10%) et le trouble psychique, qui constitue à tout le moins une atteinte légère à modérée (20%), ont porté ensemble un dommage total à son intégrité.

Il a demandé, à côté de cela, à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Dans ses observations du 11 juillet 2019, la SUVA propose le rejet du recours.

A l'issue d'un second échange des écritures, les parties ont campé sur leurs positions.

Il sera fait état des arguments, soulevés par ces dernières, dans le cadre des considérants en droit, où seront plus particulièrement examinés moyens de preuve.

## 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.

2.1. 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 rapport 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).

2.2. 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).

2.3. 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).

2.3.1. 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.

2.3.2. Lorsque l'assuré est victime d'un accident *grave*, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

2.3.3. Sont enfin 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).

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 citée).

3.3. 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, Volume II, 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).

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 citées).

Enfin, 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). 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 citées; 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.

Est tout d'abord litigieuse la détermination du taux d'invalidité du recourant, ce dernier considérant à cet égard, premièrement, que ses troubles psychiques n'ont à tort pas été pris en compte,

deuxièmement, que le revenu de valide a été sous-estimé, troisièmement, qu'un désavantage salarial maximal de 25% aurait encore dû être opérée sur le revenu d'invalidé.

Qu'en est-il ?

#### 5.1. *Accident et ses suites*

Le recourant, maçon-coffreur né en 1967, a été victime d'un accident de chantier le 23 juin 2014 : il était en train de travailler sur une dalle, lorsqu'il a mis le pied dans un évidement, ceci alors même que ses collègues étaient en train de décoffrer en-dessous, ce qui a provoqué sa chute d'environ trois mètres (dossier SUVA, pièce 1).

5.1.1. Il a été transporté en urgence à l'Hôpital, où a tout d'abord été constatée, au radius gauche, une « *fracture pluri-fragmentaire intra-articulaire déplacée avec fragments déplacés les uns par rapport aux autres au niveau de l'articulation* », fracture réduite le lendemain par ostéosynthèse avec pose de plaques (rapport du 26 juin 2014, dossier SUVA, pièce 35).

Le diagnostic secondaire de « *fracture de L2* » a aussi été posé, avec indication de rester en lit strict jusqu'à l'opération au poignet, puis une mobilisation de celle-ci sera envisagée selon les douleurs (rapport du 24 juillet 2014, dossier SUVA, pièce 34).

Au sujet de la chute, les médecins relevaient qu'il n'y avait pas eu de notion de malaise après celle-ci, ni traumatisme crânien, ni perte de connaissance, d'amnésie, de céphalées, de nausées ou de vomissement.

Enfin, il est à noter que, pendant le séjour à l'hôpital, qui n'a duré que trois jours, le recourant a été autorisé à sortir pour aller chercher un corset et une attelle chez une orthopédiste, après quoi il est à nouveau retourné terminer son séjour hospitalier (dossier SUVA, pièce 36).

5.1.2. L'évolution du poignet gauche fut bonne dans les premières semaines : deux jours après l'opération et la pose d'un plâtre, l'« *impaction était en diminution* » et, s'il existait toujours une « *angulation palmaire de la fracture* » elle était « *cependant moindre que sur le cliché avant la réduction* » (rapport du 25 juin 2014, dossier SUVA, pièce 45). A la mi-août, on notait un « *bon alignement des fragments osseux* » (rapport du 20 août 2014, dossier SUVA, pièce 50).

Quant à la fracture lombaire, causée par « *enfouissement du plateau supérieur* », on ne trouvait pas de déplacement secondaire dans les semaines suivantes, ni d'« *augmentation significative de l'enfoncement* » dudit plateau. On notait un « *discret remaniement dégénératif intéressant les autres corps vertébraux du rachis lombaire* », ainsi qu'une « *bascule du bassin vers la droite sur une hauteur de 6 mm, sans évident trouble de la statique de la jonction dorso-lombaire et du rachis lombaire* ». Il n'y avait pas non plus de « *remaniement dégénératif marqué de la symphyse pubienne* » (rapport du 2 juillet 2014, dossier SUVA, pièce 48). A la mi-août, il n'y avait pas de modification de la fracture et « *toujours pas de recul du mur postérieur* » (rapport du 20 août 2014, dossier SUVA, pièce 51).

5.1.3. Au début de l'année 2015, le médecin d'arrondissement de la SUVA observe que, « *subjectivement* », « *l'assuré déclare aller mieux. Il garde des douleurs en ce qui concerne son rachis et son MSG. Il suit un traitement de physiothérapie 4x/semaine et admet que cette thérapie l'aide à progresser. L'assuré déclare manquer de force et de mobilité au niveau de son poignet et de sa main G. Il annonce également des douleurs au niveau de la ceinture scapulaire G* » (rapport du 28 janvier 2015, dossier SUVA, pièce 73).



« *Objectivement* », il relève que « *la main G est légèrement plus chaude que le côté droit avec une transpiration aCRRue. Le poignet G a une mobilité limitée, particulièrement en ce qui concerne la flexion ainsi que la pronation. L'examen de l'épaule G laisse suspecter une possible pathologie de la coiffe des rotateurs* ».

« *En ce qui concerne le rachis* », le médecin rapporte encore que « *radiologiquement, la fracture est consolidée. Une certaine raideur rachidienne est présente avec une DDS de l'ordre de 30 cm et un Schober lombaire à 10-12,5 cm* ».

5.1.4. Le recourant a encore séjourné pendant un mois à la Clinique romande de réadaptation (CRR) au début du printemps 2015 (rapport du 21 mai 2015, dossier SUVA, pièce 104).

5.1.4.1. A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles concernaient tout d'abord les douleurs au poignet, avec perte de sensibilité au niveau du pouce. Une sensation présente dans toute la main après l'accident, mais qui se serait résorbée grâce à l'ergothérapie.

Ensuite, les douleurs au dos étaient évoquées, des douleurs lombaires centrales et latérales, avec une mobilité diminuée et de nombreuses difficultés dans les activités de la vie quotidienne.

A côté de cela, le moral n'était pas très bon : l'éloignement de la famille était ressenti de manière difficile et l'accident provoquait encore de l'anxiété avec des difficultés d'endormissement et de probables cauchemars.

5.1.4.2. Les spécialistes de la CRR retenaient le diagnostic, au *plan physique*, de probable syndrome douloureux régional complexe (SDRC) de type I (algodystrophie) du poignet et de la main gauches, ainsi que de lombalgies persistantes, avec encore une bursite sous-acromiale avec discrète lame d'épanchement du long chef du biceps de l'épaule gauche.

*Au plan psychiatrique*, ils signalaient un « *possible état de stress post-traumatique* », relevant à cet égard que « *les symptômes initiaux ont fait place à une tendance à la dramatisation et à une perte de la confiance chez un assuré qui apparaît anxieux et diminué dans un contexte socio-professionnel défavorable* ».

Si le recourant avait bénéficié de « *quelques entretiens psychologiques de conseil* », il ne souhaitait, cela étant, pas de suivi psychologique en ambulatoire.

5.1.4.3. Ils ont conclu à une « *évolution subjective et objective non significative. Subjectivement, le patient a l'impression que les douleurs au poignet restent inchangées. Au niveau du dos, il estime une amélioration de 50%, avec une mobilisation plus aisée* ».

Ils proposaient la poursuite du traitement physiothérapeutique en ambulatoire, avec prise de Dafalgan (antidouleurs), de Perindopril (contre l'hypertension artérielle) et de Brufen (anti-inflammatoire).

Les limitations fonctionnelles provisoires étaient retenues : « *pour la main : activité de force (serrage, etc.) répétitives, port de charges lourdes; pour le rachis : port de charges lourdes, activités en porte-à-faux, activités contraignantes en rotations ou flexion extension répétées* ».

Le pronostic de réinsertion était a priori favorable, mais des facteurs contextuels socio-économiques allaient compliquer cette reprise.

5.1.5. Le médecin d'arrondissement de la SUVA a revu le recourant au début de l'année 2016, « *pour un examen médical final* » (rapport du 27 janvier 2016, dossier SUVA, pièce 143).

5.1.5.1. « *Subjectivement* », le recourant concédait une légère amélioration de la situation de son membre supérieur gauche et disait avoir récupéré un peu de force et de mobilité au niveau du poignet et de la main. Il mentionnait des cervicalgies. Les lombalgies basses demeuraient. Le périmètre de marche était restreint, n'excédant pas 30 minutes. Le patient pouvait faire des travaux ménagers et se promenait un peu.

5.1.5.2. « *Objectivement* », il se déshabillait en épargnant son bras gauche. Il n'y avait plus de signe de Sudeck actif, mais la mobilité était toutefois limitée en prosupination de l'avant-bras ainsi qu'en flexion-extension du poignet gauche. La force était également restreinte au « *testing* », mais le recourant était soupçonné de ne pas donner toute la pleine mesure de ses moyens.

Radiologiquement, la fracture au poignet était bien réduite et consolidée, sans complication dégénérative. Au niveau du dos, on notait un minime affaissement du plateau supérieur de L2, mais avec une fracture consolidée, ne présentant qu'un minime hypersignal résiduel du corps vertébral : en particulier, il n'y avait pas de hernie discale, ni de conflit disco-radiculaire.

Après 18 mois, la situation apparaissait stabilisée.

5.1.5.3. Dès lors, la capacité de travail était entièrement recouverte dans une activité adaptée respectant les limitations suivantes : pas de force de serrage avec le bras gauche, ni de port de charges lourdes pour la main gauche; pas de port de charges répétées de plus de 20 kg pour le dos, ni d'activités en porte-à-faux ou nécessitant des mouvements répétés de flexion-extension ou de rotation du rachis.

5.1.6. Estimant que la perte de gain ne se montait qu'à 7%, la SUVA a rendu une première décision de refus de rente le 5 août 2016, confirmée sur opposition le 10 février 2017 (dossier SUVA, pièces 162 + 188).

Cette dernière décision sur opposition écartait notamment un rapport du Dr B. \_\_\_\_\_, chirurgien qui avait opéré le recourant, et du Dr C. \_\_\_\_\_, du service de chirurgie plastique et de la main au CHUV (dossier SUVA, pièces 165 + 184).

Tous deux considéraient que le taux d'invalidité retenu ne correspondait pas à la réalité : le premier signalait que le recourant poursuivait des séances d'ergothérapie et son état en nécessitait encore de nombreuses, le second estimant que le nerf médian carpien était possiblement comprimé et qu'il fallait encore entendre un orthopédiste au sujet des douleurs lombaires chroniques, l'activité de maçon-coffreur n'étant plus envisageable.

Le Dr C. \_\_\_\_\_ indiquait, cela étant, avoir informé le recourant de son impression et avoir « *tenté de le stimuler à se diriger vers une profession physiquement exigeante* » (dossier SUVA, pièce 184).

Le médecin de l'arrondissement de la SUVA, également spécialiste en chirurgie orthopédique, avait pour sa part confirmé sa précédente appréciation (dossier SUVA, pièce 186).

5.1.7. Après un premier recours déposé devant la Cour de céans, qui fera l'objet d'un classement (605 2017 50), la SUVA avait accepté de reprendre l'instruction du dossier, se fondant sur un nouvel avis interne du Dr D. \_\_\_\_\_, un autre spécialiste en chirurgie, qui préconisait pour sa part un nouveau séjour du recourant à la CRR (appréciation chirurgicale du 11 mai 2017, dossier SUVA, pièce 200).

5.1.8. Le séjour eu lieu au début du printemps 2018 (rapport CRR du 2 mai 2018, dossier SUVA, pièce 239).

5.1.8.1. Les spécialistes retirent à cette occasion que le recourant était atteint d'un probable syndrome douloureux régional complexe de type I du *poignet et de la main gauche*, se manifestant par des douleurs continues, disproportionnées par rapport à l'évènement initial, avec la présence de signes vasomoteurs à type de changement de couleur de la peau, d'asymétrie de couleur de la peau et de la sudation, une diminution des mobilités articulaires et principalement des douleurs ne pouvant s'expliquer par d'autres pathologies.

Au plan *neurologique*, il n'y avait aucune atteinte des structures nerveuses périphériques, et notamment pas du nerf médian.

Ils observaient tout particulièrement que la situation n'avait pas changé par rapport au premier séjour, cela presque quatre ans après l'accident.

5.1.8.2. Au niveau de l'*épaule gauche*, une IRM avait révélé une tendinopathie insertionnelle des tendons supra- et infra-épineux, sans rupture décelable ainsi qu'une discrète bursite sous-acromiale, assimilable à une capsulite dans le cadre d'un syndrome épaule-main, mais un examen fiable était difficile en raison des autolimitations.

5.1.8.3. Quant aux *lombalgies persistantes* à la suite du traumatisme, celles-ci s'accompagnaient des signes dysfonctionnels et, là encore, d'autolimitations, le recourant gardant l'impression que la vertèbre, pourtant objectivement consolidée, pourrait à nouveau se casser.

Ces dernières ne s'expliquaient donc pas par les lésions objectivement constatées durant le séjour.

5.1.8.4. Enfin, sur un plan *psychiatrique*, l'existence d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée était retenue, un suivi ambulatoire étant recommandé au recourant après sa sortie.

5.1.8.5. A côté de tout cela, le recourant était encore atteint d'une *hypertension artérielle* et annonçait des douleurs thoraciques, mais un examen cardiopulmonaire et l'électrocardiogramme restait dans la norme, si bien que ce n'est qu'une attaque de panique qui a été retenue.

5.1.8.6. La participation du recourant aux thérapies était considérée comme « *moyenne* », chez un patient très centré sur sa douleur et s'autolimitant beaucoup, ce qui n'avait pas permis de mettre en place un programme de rééducation fonctionnelle qui se tienne.

Des incohérences aussi étaient mentionnées et, aux ateliers, même la main droite pourtant valide accomplissait des performances en dessous de la moyenne.

La situation n'était pas stabilisée au niveau de la main atteinte, mais aucune proposition thérapeutique supplémentaire ne pouvait plus être proposée au recourant.

Les limitations fonctionnelles retenues étaient donc les suivantes : au niveau de la *main gauche*, pas de ports de charge répétitif et/ou prolongé avec le membre supérieur gauche, ni de fonctions monomanuelles ou bi-manuelle, pas de port de charge, de mouvements de préhension répétitifs et/ou prolongés et de la force-endurance avec la main, pas d'activités nécessitant la flexion-extension du poignet.

Au niveau du *rachis*, pas de port de charge lourde de manière répétée et/ou prolongée, pas d'activités nécessitant le maintien du tronc en porte-à-faux ou des mouvements de rotation ou de flexion répétées du tronc.

Le pronostic de réinsertion dans une telle activité adaptée était néanmoins qualifié de « *complexe* » au vu des nombreux facteurs contextuels et individuels.

5.1.9. Dans ces conditions, le médecin d'arrondissement de la SUVA confirmaient les limitations fonctionnelles décrites par les spécialistes de la CRR.

Concernant le taux d'atteinte à l'intégrité, il retenait un dommage total de 15%, prenant en compte « une arthrose radio-carpienne débutante » au niveau du poignet gauche (7,5%) et des douleurs permanentes et accentuées après l'effort causées par une fracture de L2 (7,5%).

5.1.10. La décision querellée se fonde sur ces dernières observations médicales.

## 5.2. *Troubles psychiques*

5.2.1. Lors du premier séjour, à l'admission, les spécialistes de la CRR ont émis l'hypothèse d'un « *possible* » stress post-traumatique (rapport consilium psychiatrique du 30 mars 2015, dossier SUVA, pièce 104).

Ils observaient au départ : « *le patient ne signale aucun antécédent avant l'accident. Depuis, il se sent en difficulté, très émotif, avec des phénomènes de reviviscence très fréquents. Dès qu'il ferme les yeux, il revoit son accident. Il n'a pas de traitement en cours. La situation actuelle remet en cause son projet de pouvoir financer les études de ses enfants. Il souhaite surmonter ses peurs de retourner sur le chantier, pour raisons économiques* ».

Au cours des « *quelques* » entretiens psychologiques, les discussions étaient centrées sur la validation du vécu émotionnel et les difficultés inhérentes aux conséquences de son accident sur sa vie professionnelle et sociale. En parallèle, « *la problématique anxieuse liée à d'éventuels souvenirs traumatiques de l'accident est passée au second plan, [le recourant] ne verbalisant pas, au cours du suivi, de symptômes particulier d'évitement ou de reviviscence de sa chute* ».

Ils finissaient par faire remarquer que, « *du fait de certaines réactions de prestance, il a semblé initialement disposer de capacités d'adaptation importantes, ce dont nous doutons en fin de séjour et de sa tendance à la dramatisation. Des explications algo lui ont été prodiguées. Il n'a pas souhaité poursuivre de suivi psychologique* ».

Dès lors, au vu notamment du contexte « *socio-professionnel défavorable* », ils n'ont pas retenu d'incapacité de travail au plan psychiatrique.

5.2.2. Lors du second séjour, les spécialistes de la CRR retenaient finalement un « *trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée* » (dossier SUVA, pièce 239).

Ce trouble serait même un des facteurs contextuels jouant un rôle important dans les plaintes et limitations, au même titre qu'une « *kinésiophobie* », une « *catastrophisation élevée* », une cotation élevée de la douleur, une auto-évaluation basse des capacités des capacités fonctionnelles.

## 5.3. *Détermination des revenus de valide et d'invalidé*

Pour parvenir au taux d'invalidité de 9%, la SUVA s'est fondée sur les conclusions des spécialistes de la CRR, confirmées par son médecin d'arrondissement, pour retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Le revenu statistique réalisable dans ce type d'activité, se basant sur les chiffres du niveau de compétence 1 de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS), laissait entrevoir, après réduction de 10% pour précisément prendre en compte les limitations fonctionnelles, un revenu annuel exigible de CHF 60'665.37, part du 13<sup>e</sup> salaire incluse.

Ce dernier revenu comparé avec le revenu annuel réalisé sans accident, quant à lui estimé à CHF 66'670.-, il est résultait une perte de gain de 9%, correspondant au taux d'invalidité à retenir, qui n'ouvrait pas le droit à la rente (dossier SUVA, pièce 280).

Ce qui allait dans le même sens de ce qui avait été précédemment retenu en 2016, dont il ressortait un taux d'invalidité de 7% (résumé des documents déterminants pour la fixation de la rente du 4 août 2016, dossier SUVA, pièce 161).

6.

### *Discussion*

#### 6.1. *Causalité entre l'accident et les troubles psychiques*

La thèse du recourant concernant l'existence d'un lien de causalité entre ses troubles psychiques et l'accident survenu au mois de juin 2014 ne peut manifestement être suivie, pour les raisons suivantes.

6.1.1. Le recourant a produit une photo du lieu de l'accident à l'appui de son recours, qui montre un gouffre béant et qui laisse supposer qu'il serait tombé sur le sol d'une hauteur correspondant au niveau d'un étage, dans un grand bâtiment.

Si de telles circonstances ont pu apparaître « *impressionnantes* », ce premier critère subjectif doit d'emblée être pondéré par le *peu de gravité objective* des blessures subies à la suite de cet événement, à savoir une fracture au niveau du radius gauche et une fracture par tassement de la deuxième vertèbre lombaire, celles-ci n'ayant nécessité que trois jours d'hospitalisation, durant lesquels il a dû rester pu s'absenter pour aller chercher un corset et une attelle (5.1.1.).

Aucune autre blessure n'a été constatée, le recourant ne subissant pas le moindre malaise ni aucun autre traumatisme immédiatement après sa chute (5.1.1.).

Ce constat, au départ, ne laissait aucunement présager de la survenance d'une atteinte psychiatrique, qui plus est détectée des années plus tard, qu'il aurait été de nature à causer.

6.1.2. A côté de cela, le recourant ne peut pas non plus se prévaloir de la moindre *complication* survenue dans la suite du traitement.

Il a été opéré au poignet le lendemain et on lui a posé un plâtre, les douleurs au niveau du dos ayant été traitées principalement par la pose d'un corset et de la prise d'antidouleurs, et la situation paraissait s'être stabilisée en été 2014 (selon les radiographies de contrôle datant du 20 août) le recourant souhaitant d'ailleurs à cette époque se rendre au Portugal durant 20 jours.

Dans un premier temps, la SUVA avait refusé qu'il rentre au pays, alors même qu'il était supposé être en pleine incapacité de travail et qu'il ne devait pas interrompre son traitement (dossier SUVA, pièce 25). Mais le recourant a insisté et s'est prévalu d'un certificat médical de l'Hôpital indiquant qu'il n'y avait pas de contre-indication médicale à quitter la Suisse (dossier SUVA, pièce 27).

Ses douleurs au dos n'ont apparemment pas empêché un déplacement ultérieur en avion au tout début de l'année 2015 (dossier SUVA, pièce 69).

6.1.3. Quant au critère de *l'intensité et de la persistance des douleurs*, celui-ci semble directement dépendre de circonstances personnelles, si l'on se réfère à la « *catastrophisation élevée* » et à la cotation également « élevée » de la douleur remarquées par les spécialistes de la CRR lors du second séjour, plus de quatre ans après l'accident (5.2.2).

6.1.4. La *durée du traitement* ne paraît enfin pas non plus déterminante dans le cas d'espèce, tant elle semble également induite par des critères subjectifs.

Ainsi, malgré les très nombreuses séances d'ergothérapie (dossier SUVA, pièce 250), l'ergothérapeute traitant concédait en 2018, le « *peu de changement* » et la « *persistance des douleurs* » (dossier SUVA, pièce 251).

On peut sérieusement se demander si ces séances d'ergothérapie sont très utiles, lorsqu'on se réfère à la manière dont le recourant les appréhendaient lors du second séjour à la CRR : « *la main gauche est très peu utilisée dans les activités. Il a été difficile de proposer des thérapies au patient étant donné les autolimitations dues à la douleur ressentie. Toute mobilisation passive est impossible. (...) Aucune des techniques ne s'est avérée efficace, mis à part les moyens d'antalgie par le chaud et le froid* » (rapport d'ergothérapie du 23 avril 2018, dossier SUVA, pièce 239).

Les spécialistes de la CRR admettaient du reste qu'il n'y avait plus de propositions thérapeutiques à envisager (5.1.8.6.).

6.1.5. Ainsi donc, on ne peut retenir, au vu des critères dégagés par la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité entre l'accident de gravité moyenne qui n'a pas laissé de grandes séquelles et des troubles psychiques, dont le caractère invalidant n'est par ailleurs pas véritablement avéré.

6.1.6. Cela va du reste dans le droit sens des faits suivants, qu'il faut encore de relever.

Le recourant ne s'est plaint de revivre les circonstances de l'accident qu'au cours du second séjour à la CRR, alors qu'il savait déjà à cet instant que la SUVA n'entendait pas lui verser de rente.

Lors du premier séjour, il n'avait présenté que des troubles d'anxiété, mais ceux-ci apparaissaient moins en lien avec l'accident qu'avec l'isolement par rapport à sa famille ou ses perspectives d'avenir, celles-ci revenant rapidement au centre des discussions, et favorisées par le surplus par une dramatisation ne sachant à l'évidence engager l'assurance-accidents.

Aucune incapacité de travail n'était alors attestée au plan psychique au printemps 2015, soit plusieurs mois déjà après l'accident et le recourant n'était alors guère demandeur en soins spécialisés.

Il sied sur ce point de faire remarquer qu'il ne se prévaut d'aucun rapport médical attestant d'un quelconque suivi au niveau psychiatrique ou d'une prise de médicaments pouvant soigner le trouble d'adaptation avec réaction dépressive dont il déclare pourtant être atteint à vie, ce qui semble parfaitement contradictoire.

A l'issue du second séjour, alors que les spécialistes de la CRR indiquaient que l'état de santé du recourant ne s'était globalement pas modifié depuis le premier séjour, à savoir trois ans plus tôt, on l'avait une nouvelle fois invité à suivre un tel traitement, auquel il ne s'est finalement jamais astreint.

Le contexte social avait été mis en évidence, et aucune incapacité de travail n'était encore attestée au plan psychiatrique, et on ne peut ainsi déduire des rapports des spécialistes rédigés à cette époque que ces derniers aient pu mettre l'accident en lien de causalité avec la problématique psychique, au contraire citée parmi les facteurs contextuels, au même titre du reste que les autolimitations dont le recourant faisait preuve (5.2.2).

6.1.7. Tout ce qui vient d'être relevé achève par ailleurs de convaincre la Cour que les éventuelles conséquences, au plan psychique - comme du reste au plan physique si l'on tient

compte des nombreuses autolimitations -, du SRDC qui avait été signalé, ne saurait non plus engager la responsabilité de l'assurance-accidents.

## 6.2. Détermination des revenus

Le recourant critique aussi le calcul du taux d'invalidité, respectivement de la perte de gain qu'il pense subir totalement.

On ne saurait, là encore, le suivre.

6.2.1. D'une part, le revenu d'invalidité a été fixé sur la base des limitations médicales objectives (5.1.8.6.) signalées par les spécialistes de la CRR au terme de rapports clairs et détaillés fondés sur une batterie d'exams.

Ces limitations ne justifiaient en elles-mêmes qu'une seule réduction de 10%, réduction qui paraît appropriée au vu des séquelles objectives.

On mentionnera sur ce point que, en atelier, le recourant commençait aussi à faire l'économie de son poignet droit qui n'avait aucunement été touché par l'accident (5.1.8.6.), ce qui laisse craindre que toute contestation de sa part concernant cette première réduction est guidée par des griefs purement subjectifs.

Une réduction maximale de 25%, demandée à titre subsidiaire, ne s'expliquerait par ailleurs aucunement.

Elle paraîtrait en effet conditionnée par un grand nombre de facteurs n'engageant pas la responsabilité de l'assurance-accidents, dès lors qu'ils apparaissent sans lien avec l'accident, mais dépendent au contraire essentiellement de la personne du recourant, qui doit se les voir imputer, comme il est exposé plus loin.

Le fait qu'il dise ne pas maîtriser pas la langue française, au point qu'il faudrait même un interprète pour l'accompagner sur les chantiers, cela n'est guère crédible : les conséquences d'une telle non-intégration culturelle, qui préexistait bien avant l'accident et ne l'empêchait jusqu'alors pas de travailler sur les chantiers, ne saurait en l'espèce devoir être assumée par l'assurance-accidents.

Quant à la précarité de son statut administratif d'étranger au bénéfice d'un permis L, qui n'est pas non plus en lien avec l'accident, elle ne saurait réellement susciter un inconvénient à prendre en compte dans le cadre d'une activité adaptée ne requérant aucune formation et plutôt confiée, précisément pour cette raison - c'est malheureusement une réalité dans le monde du travail - à une main-d'œuvre étrangère peu qualifiée.

6.2.2. D'autre part, concernant le *revenu de valide* de CHF 66'670.-, soit ce que le recourant pourrait gagner s'il n'avait pas été victime de l'accident survenu en 2014, celui-ci paraît avoir été fixé dans un sens plutôt favorable à ce dernier.

Il résulte en effet d'une annualisation du premier salaire touché auprès de l'employeur qui venait alors de l'engager 7 jours plus tôt, pour une mission temporaire sur un chantier (dossier SUVA pièce 5).

Une fiche de salaire du mois de juillet 2014 faisait certes état d'un salaire mensuel net de CHF 5'213.45, mais ceci alors que le recourant n'avait pas travaillé un seul jour ce mois-ci.

En déduire que, sans l'accident, il aurait réalisé un salaire de plus de CHF 66'000.- annuel, cela apparaît comme une conjecture qui fait abstraction de la précarité du statut de travailleur intermittent sur les chantiers : durant l'année précédente, chez un autre employeur intérimaire, il

n'avait apparemment jamais touché autant (cf. décompte de salaire du mois de mai 2014, dossier SUVA, pièce 86, qui fait état d'un montant total brut de CHF 12'962.80 touché au cours des cinq premiers mois).

Donc, sous cet angle, on ne saurait faire passer le 9% de perte gain retenue au-dessus de la barre minimale des 10%.

Cela d'autant moins, que comme il a été dit, il existe un grand nombre de facteurs étrangers qui donnent à penser que la perte de gain éprouvée n'engage pas la responsabilité de l'assurance-accidents.

### 6.3. Facteurs étrangers à l'accident

#### 6.3.1. Des autolimitations et des incohérences ont été rapportées.

Les spécialistes de la CRR relevaient déjà lors du premier séjour que « *la volonté de donner le maximum aux différents tests a été insuffisante et le niveau de cohérence faible, avec beaucoup d'autolimitations. (...) Il a réalisé une performance minimale ce qui correspond à ce qu'il a accepté de faire, mais pas à ses aptitudes physiques maximales* » (rapport du 21 mai 2015, dossier SUVA, pièce 104).

Trois ans plus tard, il n'y avait aucun changement, et même le poignet valide était économisé (cf. ci-dessus 5.1.8.6.)

En revanche, le recourant avait insisté auprès de la SUVA pour prendre le risque d'interrompre tout traitement quelques semaines seulement après l'accident, dans le but de se rendre au Portugal.

6.3.2. Comme il a été dit plus haut, on n'a jamais pu constater aucune amélioration au niveau physique, ceci malgré les très nombreuses séances d'ergothérapie (dossier SUVA, pièce 250), l'ergothérapeute traitant le reconnaissant d'ailleurs en 2018: « *peu de changement, persistance des douleurs* » (dossier SUVA, pièce 251).

Ce dernier estimait toutefois, en juillet 2018, qu'une reprise du travail à 100% était envisageable au début du mois d'août suivant (dossier SUVA, pièce 251 précitée).

On notera encore ici une kinésiophobie (= peur excessive et irrationnelle de faire certains mouvements, alimentée par la crainte que le mouvement entraîne une augmentation de la douleur ou l'apparition d'une nouvelle blessure) « *élevée* » signalée par les spécialistes de la CRR lors du premier séjour, confirmée également au cours du second séjour (dossier SUVA, pièces 104 + 239).

Et le recourant refusait de se voir prescrire des médicaments plus forts que du Dafalgan (paracétamol), ne voulant pas non plus d'une infiltration pour soulager son épaule gauche.

6.3.3. Les spécialistes de la CRR relevaient, à l'issue du premier séjour du recourant au printemps 2015, « *des facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées, à savoir une situation socio-économique défavorable (permis L, famille au Portugal, absence de formation professionnelle, absence de contrat de travail), kinésiophobie élevée, croyances dysfonctionnelles difficiles à améliorer, patient très centré sur sa douleur, inquiétudes quant à la prise en charge financière de sa famille toujours au pays d'origine. Ces facteurs risquent de compliquer la reprise du travail* » (dossier SUVA, pièce 104).



A l'issue du second séjour, ils disaient la même chose, citant encore, désormais, « *le litige juridique avec la SUVA* » (dossier SUVA, pièce 239).

7.

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

7.1. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI) a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références).

7.1.1. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009; voir également FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., 2007, no 229). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415, U 134/03, consid. 5.2; RAMA 2000 p. 41, U 360/98, consid. 1). Ce n'est qu'en cas d'affections à la colonne vertébrale que le taux de l'atteinte à l'intégrité dépend de l'intensité des douleurs ressenties par l'assuré (cf. arrêt TF 8C\_389/2009 du 7 avril 2010 consid. 5.3). Il incombe par conséquent aux médecins de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit, no 235; arrêt TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009).

Par ailleurs, aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b).

7.1.2. L'IPAI se fixe en même temps que la rente d'invalidité ou, lorsqu'il n'existe aucun droit à une rente, à la fin du traitement médical. L'art. 24 al. 2 LAA prescrit non seulement quand l'assureur-accidents doit rendre une décision sur une IPAI, mais fixe également le moment déterminant pour examiner les conditions matérielles d'octroi d'une telle indemnité. Dès lors que l'IPAI sert de compensation à un dommage de durée, un droit à son octroi ne peut être jugé que lorsque l'état de santé de l'assuré a été stabilisé et qu'aucune amélioration ne peut être attendue par des mesures médicales. Si le point de départ du droit matériel relatif à une IPAI dépend d'un éventuel droit à la rente, il est logique qu'il faille statuer dans un premier temps sur un droit à la rente (arrêt TF 8C\_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 4.2 et les références).

7.2. 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).

7.2.1. Usant de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté de telles prescriptions, notamment à l'art. 36 OLAA. Selon l'art. 36 al. 2 OLAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Celle-ci comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe).

7.2.2. 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 du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009; ATF 124 V 209 consid. 4a/cc, 116 V 156 consid. 3a; RAMA 1998 p. 235, U 245/96 consid. 2a).

8.

Le recourant considère enfin que le dommage corporel que lui a causé l'accident est total.

La SUVA ne l'estime pour sa part qu'à 15%.

Qu'en est-il ?

8.1. Au vu des éléments médicaux qui précèdent, et sur la base de deux longues observations au cours de deux séjours à la CRR, qui emportent la conviction de la Cour, bien plus que les quelques rapports des Dr B. \_\_\_\_\_ ou C. \_\_\_\_\_, rédigés pour leur part avant le second séjour à la CRR et qui préconisaient précisément de plus amples examens, ce qui fut fait (c'est ainsi que l'atteinte au nerf carpien médian a finalement pu être écartée), l'on peut retenir, avec la SUVA, que seules les séquelles résiduelles observés au niveau du *poignet gauche* et du *rachis* sont susceptibles d'engager ici la responsabilité de l'assurance-accidents.

8.2. Concernant le taux d'atteinte à l'intégrité, se basant sur des tables et barèmes dont le recourant ne conteste au demeurant pas véritablement l'utilisation, le médecin d'arrondissement retenait un dommage total de 15%, prenant en compte « *une arthrose radio-carpienne débutante* » au niveau du poignet gauche (7,5%) et des « *douleurs permanentes et accentuées après l'effort* » causées par une fracture de L2 (7,5%).

Cette appréciation n'étant remise en cause par aucun médecin, allant au contraire dans le sens de ce qui a pu être observé lors du second séjour auprès de la CRR, elle peut en l'espèce être retenue.

Simplement alléguée par le recourant qui estime qu'elle représenterait un taux de 45% d'atteinte à l'intégrité, « *l'impotence fonctionnelle majeure de la main gauche* » étroitement liée à la résistance dont il a fait preuve au cours de tous les tests effectués en 2018 et probablement fondée sur la conviction personnelle d'être devenu totalement invalide (cf. ses conclusions au recours) ne peut à

l'évidence être prise en compte : elle ne saurait en effet avoir été occasionnée par une fracture au poignet guérie déjà consolidée quelques semaines après l'accident.

Son cas ne saurait, quoi qu'il en soit, être assimilé à celui d'une personne tétraplégique qui a subi un dommage corporel total de 100%.

9.

Il découle de tout ce qui précède que le recours, infondé dans chacun de ses griefs, est entièrement rejeté.

La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice.

10.

Le recourant a demandé à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

10.1. Etant dépendant des services sociaux, il ne paraît pas être en mesure de payer son avocat.

Bien que clairement infondé, le recours n'était pas tout à fait dénué de toute chance de succès, un tel recours dirigé contre une décision fixant le taux d'invalidité juste en-dessous du seuil minimal, à 9%, pouvait, sur le principe même, se comprendre et se justifier.

L'assistance d'un avocat, dans ces conditions, était probablement nécessaire, au vu des notions juridiques à discuter.

10.2. Ce dernier a remis sa liste de frais le 14 août 2019, qui fait état d'environ 21 heures de travail.

Cela paraît excessif, tout particulièrement si l'on tient compte du fait que le recours était infondé et que certains des griefs, au demeurant soulevés dans le cadre d'une procédure gérée par la maxime d'office, étaient susceptibles d'occasionner un quasi-inutile surcroît de travail au mandataire (comme par ex. tenter de prouver l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et des troubles psychiques invoqués en procédure mais pour lequel le recourant ne s'est même jamais soigné ainsi que prétendre à un dommage corporel qui serait total).

Dans ces conditions, il se justifie de s'écarter de la liste pour ne retenir qu'une quinzaine d'heures de travail.

Celles-ci seront indemnisées sur la base d'un tarif horaire de CHF 180.-.

Pour un premier montant forfaitaire de CHF 3'000.-, frais et débours compris.

Auquel s'ajoute encore une TVA de 7,7% (CHF 231.-), pour une indemnité totale de CHF 3'231.-, intégralement mise à la charge de l'Etat.

(dispositif en page suivante)

## la Cour arrête :

- I. Le recours (605 2019 110) est rejeté.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- III. L'assistance judiciaire (605 2019 111) est octroyée et Me Joris Buhler désigné défenseur d'office.
- IV. Une indemnité de CHF 3'231.- (TVA de CHF 231.- comprise) est allouée au défenseur d'office pour la couverture de ses frais.  
Elle est prise en charge par l'Etat.
- V. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 20 avril 2020 /mbo

Le Président :

La Greffière-stagiaire :