



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

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

605 2019 121

## **Arrêt du 9 novembre 2020**

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

#### **Composition**

Président : Marc Boivin  
Juges : Marianne Jungo, Marc Sugnaux  
Greffier-rapporteur : Philippe Tena

#### **Parties**

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

#### **Objet**

Assurance-accidents; rechute; révision  
Recours du 14 mai 2019 contre la décision du 23 avril 2019

## considérant en fait

A. A.\_\_\_\_\_, né en 1977, originaire de B.\_\_\_\_\_, domicilié à C.\_\_\_\_\_, marié et père de deux enfants mineurs, sans formation, travaillait en tant qu'ouvrier auprès d'une entreprise active dans l'entretien et la rénovation de bâtiments.

Il était assuré, par le biais de son employeur, auprès de la SUVA contre les accidents professionnels et non-professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

B. Le 16 septembre 2010, une pièce métallique qu'il était occupé à démonter lui tomba sur le poignet gauche. Suite à l'accident, l'assuré a repris l'exercice de son activité dans un premier temps mais une incapacité totale de travail a été médicalement attestée à partir du 6 octobre 2010.

Ce cas a été annoncé à la SUVA qui l'a pris en charge.

L'assuré a recommencé à travailler en tant que peintre auprès d'une autre entreprise en août 2011.

C. Le 10 septembre 2013, A.\_\_\_\_\_ a été opéré à son poignet gauche. Une incapacité totale de travail est médicalement attestée depuis lors.

Le 26 septembre 2013, son nouvel employeur a annoncé la rechute du cas à la SUVA, laquelle l'a pris en charge. Le contrat de travail a été résilié par l'employeur au 31 mars 2015.

La SUVA a soumis l'examen du cas à son médecin d'arrondissement. Dans son rapport du 2 décembre 2014, celui-ci estime que l'assuré n'est plus en mesure de travailler en tant que maçon mais demeure apte à travailler à 100% dans une activité adaptée. Il estime par ailleurs le taux d'atteinte à l'intégrité à 10%.

Par décision du 23 avril 2015, confirmée sur opposition le 8 septembre 2015, la SUVA a reconnu à son assuré le droit à une rente fondée sur un degré d'invalidité de 10% ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) basée sur un taux de 10%.

D. Parallèlement à la procédure devant l'assurance-accidents, le 11 février 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en raison de son atteinte au poignet gauche.

Par décision du 30 mai 2018, reprenant un projet du 16 mars 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations, se fondant sur un degré d'invalidité de 3.26%.

Le 31 octobre 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations devant l'OAI, invoquant son atteinte au poignet gauche présente depuis septembre 2010. Le 13 novembre 2018, l'OAI a annoncé qu'il projetait de ne pas entrer en matière sur cette nouvelle demande. Après avoir pris avis auprès du SMR, l'OAI a confirmé ce projet par décision du 9 janvier 2019.

E. Le 13 octobre 2015, l'assuré a annoncé une nouvelle rechute de son cas à la SUVA, se plaignant de fortes douleurs et d'un poignet gonflé à force de faire des mouvements à répétition.

Dans le cadre du traitement de son dossier, il a réalisé un séjour auprès de D.\_\_\_\_\_ du 8 novembre au 6 décembre 2016 ainsi que du 24 avril au 30 mai 2018. Dans un rapport du

6 septembre 2018, le cas lui ayant été soumis, le médecin d'arrondissement estime que l'assuré peut exercer une activité en pleine capacité et en plein rendement et évalue l'atteinte à l'intégrité à 15%.

Par décision du 4 janvier 2019, la SUVA a maintenu un degré d'invalidité inchangé à 10% mais versé une IPAI complémentaire de Fr. 6'300,- correspondant à un taux supplémentaire de 5%. La décision quant au droit à la rente a été confirmée sur opposition le 23 avril 2019.

F. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 14 mai 2019 concluant, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité calculée sur la base d'un degré d'invalidité de 18% à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2018. A l'appui de son recours, il soutient qu'il ne lui est désormais plus possible d'utiliser sa main gauche autrement qu'en appui, ce dont attesteraient ses médecins ainsi que ceux de la SUVA. A ses yeux, il convient, dans ces circonstances, de tenir compte d'une réduction de 20% sur son revenu d'invalidé, calculé sur la base des revenus statistiques.

Dans une intervention spontanée du 4 juillet 2019, l'assuré modifie ses conclusions, demandant désormais, principalement, que le dossier soit renvoyé à la SUVA pour instruction médicale complémentaire, puis nouvelle décision relative au degré d'invalidité et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité calculée sur la base d'un taux de 40%. A l'appui de ses nouvelles conclusions, il produit un rapport de son chirurgien traitant, lequel prévoirait une prochaine intervention chirurgicale.

Dans ses observations du 19 juillet 2019, la SUVA propose le rejet des conclusions du recourant. Admettant que le profil d'exigibilité s'est modifié par rapport à 2015 s'agissant du port de charges, cette péjoration n'a selon elle pas d'impact sur le droit à la rente. Elle soutient également que l'intervention prévue est un élément postérieur à la décision contestée et ne doit, dès lors, pas être pris en compte.

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

## **en droit**

### **1. Recevabilité**

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable, le recourant, dûment représenté, est en outre directement atteint par la décision querellée et possède dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

### **2. Dispositions générales en matière d'assurance-accidents**

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. *Dispositions relatives au droit à la rente*

3.1. Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

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.

3.2. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide doit être évalué sur la base du dernier revenu effectivement réalisé avant l'atteinte à la santé. Compte tenu de ses capacités professionnelles et des circonstances personnelles, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Dans tous les cas, il faut établir au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'il aurait réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (arrêt TF u 361/01 du 31 janvier 2003 et les références; cf. ég. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

La jurisprudence admet que le revenu sans invalidité puisse être déterminé en recourant à des données statistiques (cf. notamment arrêts 9C\_57/2017 du 21 avril 2017 consid. 5.2; 9C\_376/2017 du 30 octobre 2017 consid. 5.3, 9C\_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références).

3.3. En ce qui concerne le revenu d'invalide, 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). Il convient en effet d'évaluer le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve.

Lorsque l'assuré a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité repose sur des rapports de travail stables, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'éléments de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalide (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa).

Si, en revanche, 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'invalide peut être évalué, notamment, sur la base

des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il est également possible de recourir à une enquête menée par la SUVA auprès de 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).

S'agissant de la détermination du revenu d'invalidité sur la base des données salariales recueillies par la SUVA, le Tribunal fédéral exige, en sus de la production d'au moins cinq descriptions de poste de travail (DPT), 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. Lorsque le revenu d'invalidité est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié, ni admissible (ATF 129 V 472).

En l'absence de DPT recueillies conformément aux exigences posées par la jurisprudence, il y a lieu de se fonder sur les statistiques salariales de l'OFS (cf. arrêt TF U 81/2005 du 14 juin 2006 consid. 3.2).

#### 4. *Dispositions relatives à la révision*

4.1. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

4.2. Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

Selon la jurisprudence, dans le cas des rentes avec un pourcentage précis (assurance-accidents, assurance militaire), une modification est supposée importante si le degré d'invalidité change de 5 %. Dans l'assurance invalidité, où la rente est calculée en fonction de certains seuils, tout changement significatif des circonstances effectives pouvant affecter le droit à la rente était considéré comme un motif de révision de la rente. Ainsi, une modification du degré d'invalidité de 2 %, par exemple, pourrait également donner lieu à un recours si elle entraînait un dépassement du seuil de la pension supérieure ou inférieure. Cela est aussi valable en cas de substitution de motif opérée par le tribunal cantonal (ATF 140 V 85 consid. 4.3; 133 V 545 consid. 6.2).

## 5. Dispositions relatives à l'appréciation des preuves

Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

5.1. Dans ce domaine, 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. 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 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 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 319 consid. 5a).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

5.2. Pour statuer, 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).

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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

5.3. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 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 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

La jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit immanquablement entre le médecin traitant et son patient, ainsi que sur l'indépendance présumée d'un médecin lié à un assureur par un rapport de travail, mais n'en déduit pas pour autant une quelconque règle de préséance (arrêt TF 9C\_843/2007 du 28 juillet 2008 consid. 3).

## 6. *Appréciation de la capacité de travail*

Est contesté, dans le cadre de l'annonce d'une nouvelle rechute, l'adaptation du degré d'invalidité ce qui implique, dans un premier temps, d'examiner l'appréciation médicale de la capacité de travail du recourant afin de déterminer si celle-ci s'est ou non péjorée au point qu'il faille augmenter la rente actuellement fixée à 10%.

Tant la problématique de la causalité que celle de la stabilisation de l'état de santé et du début du droit à la rente ne sont pas contestées par le recourant. De même, il ne remet pas en cause celle de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'ensemble de ces questions ne faisaient, au demeurant, pas objet de l'opposition du 31 janvier 2019 (dossier SUVA, pièce 523). Il n'est dès lors pas nécessaire de revenir sur ces points.

6.1. Lorsqu'elle retient l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, la SUVA se fonde d'abord sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale.

Dans son rapport du 6 septembre 2018, le médecin d'arrondissement retient le diagnostic d'*"accident de travail le 15.09.2010 avec décompensation d'une pseudarthrose proximale ancienne du scaphoïde du poignet G, évoluant vers un SNAC-Wrist"*, status post plusieurs interventions avec persistance de douleurs chroniques de la main, du poignet et de tout le bras gauche jusqu'à l'épaule. Selon lui, *"concernant l'exigibilité, le patient peut exercer une activité en pleine capacité et en plein rendement, si l'activité permet d'éviter les mouvements répétitifs, le port de charge répété de plus de 2 kg et les travaux de force avec son membre supérieur G, ainsi que l'exposition au froid"* (dossier SUVA, pièce 502; cf. ég. pièce 465).

Les conclusions du médecin d'arrondissement – lequel est intervenu à plusieurs reprises dans ce dossier depuis 2018 (cf. dossier SUVA, pièces 441, 465, 493, 502, 503 et 517) – sont fondées sur l'étude du dossier ainsi que des entretiens avec l'assuré, le dernier le 6 septembre 2018. A cette occasion, l'assuré a été en mesure de décrire la gravité de son atteinte ainsi que leur impact sur son quotidien, se disant par exemple *"capable de porter une assiette vide pour la ranger dans le lave-vaisselle, mais à la deuxième assiette il commence à trembler et la troisième finit souvent par tomber"*. Pour sa part, le médecin a pu procéder à un examen complet, constatant notamment que le membre supérieur gauche est moins utilisé que le droit *"puisque sa circonférence a diminué de*

2 cm par rapport à février 2018" et relevant que la *"force au Jamar de la main [gauche] est extrêmement faible et sur les trois essais"*. Il présente au demeurant des raisonnements et des conclusions suffisamment motivées, appuyant notamment l'exigibilité sur le fait que *"le patient n'exclu[t] plus complètement son membre supérieur G et donc fait de progrès depuis février 2018. Il doit toutefois continuer à utiliser son MSG et ainsi reprendre davantage confiance en ses moyens"*.

Les conclusions du Dr E.\_\_\_\_\_ paraissent donc remplir les conditions formelles pour leur reconnaître pleine force probante.

6.2. Le recourant conteste pourtant cette appréciation, se prévalant de l'avis du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main.

Il y a lieu de signaler, à ce stade, que les éléments évoqués par le médecin dans son rapport du 2 juillet 2019 sont postérieurs à la décision contestée du 23 avril 2019. Il se réfère ainsi à une échographie du 27 juin 2019 – faisant suite à *"des douleurs plus marquées"* du patient *"lors des dernières consultations"* – qui montrerait un possible conflit osseux et justifierait une nouvelle intervention. Or, le moment où a été rendue la décision litigieuse délimite l'état de fait déterminant pour examiner la légalité de l'acte attaqué (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 129 V 1 consid. 1.2). Aussi, ces éléments nouveaux n'ont pas à être pris en compte dans le cadre de la présente procédure. A lire la SUVA, ils font, au demeurant, l'objet d'une autre procédure auprès d'elle, notamment quant à la prise en charge de l'intervention.

Cela étant, force est de constater que, dans les autres rapports figurant au dossier, le Dr F.\_\_\_\_\_ ne contredit pas le Dr E.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 15 juin 2018, il estime au contraire que l'assuré est en mesure d'entreprendre des démarches avec l'AI pour un reclassement. Au niveau des limitations de la main gauche, il retient ce qui suit: *"pas de port de charge [de] plus de 2 kg, pas de mouvements répétitifs, pas d'exposition au froid"*. Selon lui, la capacité de travail *"est de 100% dans un poste adapté avec un rendement de 100% pour la main"* (dossier SUVA, pièce 492; cf. ég. pièces: 390, 398, 434, 440, 464 et 515).

6.3. Les conclusions du médecin d'arrondissement sont au demeurant confirmées par celles des médecins de D.\_\_\_\_\_, au sein de laquelle l'assuré a séjourné à deux reprises, une première fois entre le 8 novembre et le 6 décembre 2016 ainsi qu'une seconde fois entre le 24 avril et le 30 mai 2018.

A la fin du second séjour, les médecins soulignent ainsi que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour, des facteurs contextuels (catastrophisme, kinésiophobie, sous-estimation des capacités fonctionnelles, absence de formation, faible maîtrise du français, absence de contrat de travail) influençant négativement les aptitudes fonctionnelles. Dans ce contexte, alors même qu'ils conseillent des privilégier des *"activités quasiment monomanuelles"* au vu du déroulement des ateliers professionnels, ils ne retiennent que les limitations fonctionnelles suivantes: *"mouvements répétitifs, ports de charges et travaux de force avec le membre supérieur gauche"*. Selon eux, le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée *"est défavorable au vu des facteurs médicaux sans lien avec l'accident et les facteurs non médicaux"* (dossier SUVA, pièce 475).

A lire les rapports des médecins de D.\_\_\_\_\_, il apparaît ainsi que si le recourant ne s'estime subjectivement pas en mesure de faire une activité autre que monomanuelle, cette limitation est,



de manière non négligeable, liée à des facteurs extra-médicaux, lesquels ne sont pas du ressort de l'assurance-accidents. D'un point de vue strictement bio-médical en revanche, l'assuré est apte à faire usage de son membre supérieur gauche, à tout le moins dans des activités peu sollicitantes. C'est bien la substance de ce que retient le Dr E. \_\_\_\_\_.

6.4. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que les atteintes à son membre supérieur gauche empêchent l'assuré de continuer à exercer ses anciennes activités d'ouvrier du bâtiment et de peintre.

En revanche, l'on peut toujours exiger de sa part qu'il travaille à temps plein, sans perte de rendement, dans une activité adaptée. Cette dernière doit éviter les mouvements répétitifs, le port de charge répété de plus de 2 kg et les travaux de force avec son membre supérieur gauche, ainsi que l'exposition au froid.

#### 7. *Calcul du degré d'invalidité*

Dans la décision du 4 janvier 2019 et celle sur opposition du 23 avril 2019, la SUVA n'a pas détaillé son calcul du degré d'invalidité, se contentant de renvoyer aux revenus figurant dans sa précédente décision qu'elle estime toujours applicables.

7.1. S'agissant d'abord du revenu de valide, il convient de se fonder sur le salaire réalisé en dernier lieu par le recourant.

Selon attestation de son ancien employeur, le recourant aurait été en mesure d'obtenir un revenu mensuel de CHF 5'053.- en 2018 (13<sup>ème</sup> salaire non inclus; dossier SUVA, pièce 486). Cela correspond à un revenu annuel de CHF 65'689.- (CHF 5'053.- x 13).

Ce montant est retenu au titre de revenu de valide.

7.2. S'agissant ensuite du revenu d'invalidé, la SUVA avait initialement estimé qu'il existait sur le marché général du travail des emplois très légers à légers pouvant permettre d'obtenir des rémunérations annuelles comprises entre CHF 47'673.- et CHF 75'790.- pour une moyenne de CHF 59'221.-.

Elle se référait en cela à cinq descriptions de poste de travail (DPT). La première consiste en un poste d'employé de conditionnement dans l'agroalimentaire avec essentiellement des activités de mise en place, de surveillance et de réglage, imposant un port de charge maximal de 3 kg ainsi que l'usage des deux mains. La deuxième correspond à un poste dans le traitement des diamants, nécessitant une bonne motricité fine, l'usage des deux mains ainsi que le port occasionnel de charges très légères. La troisième décrit une activité d'employé de conditionnement dans l'alimentaire imposant le port de caisses d'environ 6 kg ainsi que l'usage des deux mains. Le quatrième poste est un poste d'employé d'administration lequel fait la tournée des bureaux pour récupérer le courrier ainsi qu'effectuer du mailing (mise sous pli de prospectus et de catalogues). Il impose des ports de charge pouvant aller jusqu'à 10 kg ainsi que l'usage des deux mains. Enfin, la cinquième activité correspond à celle d'ouvrier à l'expédition des marchandises lequel se charge du contrôle, de l'emballage et de la préparation de commandes de petits composants électroniques.

Ainsi qu'il a été expressément admis par l'autorité intimée, le profil d'exigibilité du recourant s'est modifié par rapport à 2015. Cependant, le recourant demeure en mesure d'exercer à temps plein

et sans perte de rendement une activité, en substance, très légère et sans contraintes sur le bras gauche. Or, les DPT résumées ci-avant semblent correspondre à ces limitations, étant relevé que le port de charges évoqué peut également être laissé au membre supérieur droit, non limité, chez un assuré droitier. Au demeurant, dans ses différents mémoires, le recourant n'indique pas concrètement en quoi ces DPT ne seraient plus conformes à ses limitations, quand bien même celles-ci se seraient aggravées.

7.3. Dans ce contexte, il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 65'689.-) et d'invalide (CHF 59'221.-) que la perte de gain se monte à CHF 6'468.-.

Cela correspond à un degré d'invalidité de 9.85%, arrondi à 10% (cf. ATF 130 V 121).

Le degré d'invalidité est donc demeuré inchangé.

7.4. Cela étant, si l'on devait considérer que les DPT retenues ci-avant dépassent ce qui est exigible du recourant selon les rapports médicaux, l'on devrait se référer au salaire médian du secteur privé selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2016 (ESS 2016, TA1\_Skill level, 45-96 secteur 3 services, niveau de compétences 1, hommes).

Dans cette hypothèse, eu égard à l'usage limité du membre supérieur gauche, même si son employabilité n'est pas limité aux seules activités monomanuelles, la Cour privilégierait le revenu auquel pouvaient prétendre en 2016 les hommes effectuant des activités légères dans le secteur des services uniquement (cf. arrêt TF I 377/06 du 2 juillet 2007).

En outre, compte tenu des circonstances du cas, il conviendrait de tenir compte d'une réduction supplémentaire du revenu statistique. Dans la mesure où l'assuré est droitier (usage non limité), âgé de moins de 45 ans et titulaire d'un permis d'établissement, cet abattement ne saurait dépasser 10%, étant rappelé que la Cour s'est référée au revenu dans le secteur des services – bien plus faible que le salaire médian du secteur privé – pour tenir compte du fait que l'assuré n'est plus en mesure de faire grand usage de son membre supérieur gauche.

Au demeurant, le recourant n'appuie sa demande d'abattement plus élevé sur aucun argument concret. Dans la mesure où la détermination de cet abattement supplémentaire dépend de l'ensemble des circonstances du cas particulier, il lui appartenait de démontrer en quoi son propre cas – et non celui traité par le Tribunal fédéral dans la jurisprudence dont il se prévaut – justifie de diminuer son salaire et dans quelle mesure, ce qu'il n'a pas fait.

Même dans cette hypothèse plus favorable, le calcul réalisé démontrerait que la différence entre le degré d'invalidité calculé sur la base de l'ESS 2016 et celui calculé sur la base des DPT ne constituerait pas une modification notable au sens où la jurisprudence l'entend (cf. consid. 3 ci-avant).

## 8. *Absence de modification notable*

Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que l'on ne saurait considérer que la situation du recourant a notablement changé au sens de l'art. 17 LPGA.

C'est à juste titre dans ces conditions que la SUVA n'a pas augmenté la rente qu'elle versait à son assuré.

## 9. *Sort du recours et frais*

Le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 23 avril 2019 confirmée.

Il n'est pas perçu de frais de procédure en application du principe de la gratuité valant en la matière.

Il n'est pas octroyé de dépens.

### **la Cour arrête :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni octroyé 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 9 novembre 2020/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :