



**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

[www.fr.ch/tc](http://www.fr.ch/tc)

605 2023 229

## **Arrêt du 25 mars 2025**

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

#### **Composition**

Président : Marc Boivin  
Juges : Stéphanie Colella, Marc Sugnaux  
Greffière-rapporteuse : Daniela Herren

#### **Parties**

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

#### **Objet**

Assurance-accidents – capacité de travail – lien de causalité avec les troubles psychiques – abattement sur le revenu d’invalidé

Recours du 18 décembre 2023 contre la décision sur opposition du 17 novembre 2023

## considérant en fait

A. A.\_\_\_\_\_, né en 1971, travaillait au sein de la base logistique de B.\_\_\_\_\_, à C.\_\_\_\_\_.

Le 13 juillet 2018, lors d'une sortie à moto, il a perdu le contrôle de son véhicule et a terminé sa course dans un talus.

Il a souffert de fractures des côtes droites, du bassin, des vertèbres D12-L4, des processus transverses L1-L5, de l'humérus droit et du radius gauche.

B. L'assuré s'est soumis à plusieurs opérations et a bénéficié de différents traitements au cours des années qui ont suivi l'accident.

Ainsi, il a été opéré plusieurs fois, a séjourné à deux reprises au sein de la Clinique romande de réadaptation (CRR) et a bénéficié d'une cure de balnéothérapie.

C. En parallèle, il a été en mesure de reprendre, dès novembre 2019, une activité légère chez son employeur, à 20% puis à 40%.

Licencié en juillet 2020 faute d'un emploi adapté, il a pu reprendre une activité à 20% trois mois plus tard auprès de D.\_\_\_\_\_.

D. Par décision du 15 mai 2023, confirmée sur opposition le 17 novembre 2023, la Suva a alloué à son assuré une rente d'invalidité de 32% et une IPAI de 20%.

Elle a refusé de prester pour les troubles psychiques, relevant que ceux-ci n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident. La Suva a en effet notamment constaté que l'accident était de gravité moyenne, qu'il n'était, d'un point de vue objectif, pas particulièrement impressionnant, que les lésions n'étaient pas particulièrement graves au sens de la jurisprudence et que le traitement médical n'était pas anormalement long.

S'appuyant sur les appréciations de ses médecins d'assurance, la Suva a tenu compte des limitations physiques suivantes: maintien prolongé du tronc en porte-à-faux/en position statique debout ou assise, flexion-torsion répétée du tronc, activités répétitives et/ou prolongées avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules, activités nécessitant de la force ou des amplitudes importantes du membre supérieur droit, activités avec le membre supérieur droit en porte-à-faux, port de charges de plus de 5 à 10 kg de manière répétée.

La Suva s'est ensuite basée sur les données statistiques pour établir le salaire d'invalidé et l'a comparé avec le salaire que recevait l'assuré avant son accident, fixant ainsi l'invalidité au taux de 32% précité.

E. Le 18 décembre 2023, A.\_\_\_\_\_ interjette un recours par-devant le Tribunal cantonal, concluant, principalement, à l'octroi d'une rente de 79% dès le 1<sup>er</sup> avril 2023, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale afin d'évaluer la capacité résiduelle de travail, le tout sous suite de dépens.

Le recourant reproche d'abord à l'autorité de ne pas avoir tenu compte des douleurs chroniques, pourtant systématiquement constatées par les médecins. Celles-ci ont un impact sur le sommeil, la

résistance au stress et les capacités cognitives, et induisent des limitations physiques. Les médicaments contribuent également à diminuer la capacité de travail.

Il reproche ensuite à la Suva d'avoir nié le lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles psychiques et l'accident de moto. Il relève que les troubles sont nés suite à cet événement et qu'ils ont été diagnostiqués dès janvier 2019. Il rappelle aussi avoir subi un accident de gravité moyenne, qu'il souffre en permanence de douleurs chroniques invalidantes et insomniantes – d'une sévérité telle qu'elles seraient à elles seules suffisantes pour admettre une relation de causalité – que la durée du traitement était longue (presque 5 ans pour atteindre une stabilisation), que des difficultés sont apparues au cours de la guérison (mauvaise consolidation de l'humérus qui a entraîné des opérations et des complications) et que la durée de l'incapacité de travail était longue.

Enfin, le recourant affirme que l'abattement de 5% sur le salaire statistique est insuffisant compte tenu du nombre et de la gravité des limitations fonctionnelles. A cela s'ajoutent les douleurs et la médication qui impactent la résistance au stress, des difficultés sociales et de concentration. Le recourant soutient donc qu'un abattement maximal de 25% doit être appliqué.

F. Le 16 avril 2024, la Suva propose le rejet du recours.

Elle confirme le refus de prise en charge des troubles psychiques. Elle estime que la durée du traitement était raisonnable, rappelant que la dernière opération a eu lieu en mars 2022 et que seul un traitement conservateur a été prescrit. Le recourant a, de plus, pu reprendre une activité lucrative à 20% en juillet 2021, à la suite des mesures d'ordre professionnel de l'OAI. En outre, l'accident n'était pas particulièrement dramatique et les lésions subies n'étaient pas de nature à provoquer des troubles psychiques.

Elle répète ensuite que le recourant est en mesure de travailler dans une activité adaptée, relevant que les médecins d'assurance, dans leurs appréciations, ont déjà tenu compte des douleurs.

Enfin, s'agissant de l'abattement, la Suva estime qu'il n'est pas nécessaire d'en tenir compte. Le recourant est en effet en mesure de travailler dans une activité moyenne à légère du niveau de compétence 1, lequel comporte un large éventail d'activités variées.

G. Le 10 juin 2024, le recourant conteste les explications données par la Suva et remet un rapport d'expertise diligenté par l'OAI.

Le 1<sup>er</sup> juillet 2024, il remet un nouveau rapport médical attestant de la persistance de douleurs.

H. Le 8 août 2024, la Suva renvoie essentiellement à ses écritures, qu'elle confirme en tous points.

## **en droit**

1.

### *Recevabilité*

Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant est en outre directement atteint

par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

Partant, le recours est recevable.

2.

### *Droit à la rente et calcul du taux d'invalidité*

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 LPGGA).

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).

2.1. L'art. 16 LPGGA 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.

2.2. 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 de valide* (ou : *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).

2.3. En ce qui concerne le *revenu d'invalide*, on tient compte de la perte de gain effective si on peut admettre que la personne assurée utilise au mieux sa capacité résiduelle de travail et si le revenu obtenu est en adéquation avec la prestation fournie. On se fonde sur un revenu hypothétique lorsque la personne assurée ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident (Frésard-Fellay, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, 2015, § 286 p. 421).

2.3.1. 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).

2.3.2. Selon la jurisprudence, lorsque le revenu d'invalidé est évalué sur la base des données de l'OFS, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques.

De telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Cette déduction doit être opérée seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne.

Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. A cet effet, l'administration jouit d'un large pouvoir d'appréciation et le juge ne peut s'en écarter et y substituer son appréciation sans motif pertinent (cf. arrêt TF I 724/2002 du 10 janvier 2003; ATF 126 V 75).

D'autre part, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu d'invalidé, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour cette même raison (arrêt TF 8C\_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4.2). Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; arrêts TF 9C\_963/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.2 et I 724/2002 du 10 janvier 2003 consid. 4.2).

3.

### *Rapport de causalité entre un accident et des troubles physiques ou psychiques*

3.1. Le droit à des prestations découlant de l'assurance-accidents suppose tout d'abord, entre l'événement de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. L'exigence d'un tel lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue en se conformant à la règle de la vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1).

3.2. 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. Selon la jurisprudence, il y a rapport de causalité adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses

et l'expérience de la vie, le fait considéré était 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références).

3.3. La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et notamment des 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).

3.3.1. 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 (cf. arrêt TC FR 605 2022 106 du 27 mars 2023 consid. 2.3.1).

3.3.2. 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 (cf. arrêt TC FR 605 2022 106 du 27 mars 2023 consid. 2.3.1).

3.3.3. Enfin, sont réputés de gravité *moyenne* les accidents qui ne peuvent être classés comme accident de peu de gravité ou comme accident grave. Dans ce cas, il convient d'examiner les critères prévus par la jurisprudence pour admettre la présence d'un lien de causalité adéquate. 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.

Il est précisé qu'il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire. N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin. Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.4.3 et les arrêts cités).

- 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). Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 115 V 133 consid. 6 c/bb; 115 V 403 consid. 5 c/bb).

3.4. Selon la jurisprudence, en présence de troubles psychiques consécutifs à un accident qui a également provoqué un trouble somatique, la causalité adéquate entre les troubles persistants et l'accident assuré peut être examinée dès le moment où il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé somatique de l'assuré (cf. ATF 134 V 109 consid. 6.1).

4.

#### *Appréciation des preuves*

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.

### *Problématique*

Le recourant soulève trois griefs.

D'abord, il conteste la conclusion de l'autorité selon laquelle il serait en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée.

A cet égard, il estime que la Suva aurait dû tenir compte des troubles psychiques dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité.

Enfin, il exige qu'un abattement de 25% soit appliqué sur salaire statistique afin de tenir compte du nombre et de la gravité des limitations fonctionnelles.

6.

### *Résumé des faits*

Le 13 juillet 2018, le recourant a perdu le contrôle de sa moto, s'est déporté sur la voie de gauche et a fini sa course dans un talus en contre-bas (p. 26 du dossier Suva. Cf. ég. rapport de police, p. 54 ss).

Il a été hélicoptéré à l'hôpital, où les médecins ont diagnostiqué des fractures des côtes droites avec un petit hémithorax, des fractures du bassin, des vertèbres D12-L4, des processus transverses L1-L5, de l'humérus à droite et du radius à gauche (p. 26, 29, 83).

6.1. Le recourant a été opéré le 15 juillet 2018 (mise en place d'un fixateur externe au poignet gauche, réduction de la fracture de l'humérus) et le 19 juillet 2018 (ablation du fixateur externe au poignet gauche et réduction de la fracture du radius) (p. 29, 79, 81).

6.2. La prise en charge s'est poursuivie à la Clinique romande de réadaptation (CRR), dans laquelle le recourant a séjourné du 24 juillet 2018 au 9 novembre 2018, soit durant presque quatre mois (p. 102).

Au début du séjour, le recourant se plaignait de douleurs continues au niveau du bassin et lombaires basses, cotées à 2-3/10 au repos et jusqu'à 4-5/10 à la mobilisation, ainsi que de douleurs vertébrales dorsales, surtout à la mobilisation.

Il décrivait aussi des insomnies et des reviviscences de l'accident et présentait une thymie triste.

Le recourant a bénéficié d'une prise en charge étendue (physiothérapie, ergothérapie, consultation en chirurgie orthopédique et en neurologie, bilan uradynamique).

Sa participation aux thérapies a été considérée comme élevée et aucune incohérence n'a été relevée. Les médecins n'ont pas retrouvé de facteur contextuel pouvant influencer la rééducation.

S'agissant des membres supérieurs, les médecins ont constaté un retard de consolidation de l'humérus et ont suggéré une intervention chirurgicale.

Le recourant a retrouvé une bonne mobilité articulaire du poignet gauche, une force de préhension et de pincement ainsi qu'une meilleure endurance dans l'utilisation de la main gauche.

S'agissant du bassin et de la colonne vertébrale, le recourant « *chargeait complètement* », marchait avec une canne anglaise gauche, montait les escaliers en alterné avec la main courante et à la descente en protégeant le membre inférieur droit.

L'état de santé n'était pas stabilisé.

6.3. Le 30 novembre 2018, vu le retard de consolidation de l'humérus, le recourant a été opéré par le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique (« *ablation partielle de matériel d'ostéosynthèse, neurolyse du nerf radial, débridement du foyer de fracture et ostéosynthèse par plaque LCP 4.5 étroite* », p. 158, 164).

6.4. Le 30 janvier 2019, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué des troubles de l'adaptation et une réaction mixte, anxieuse et dépressive (p. 1537).

Il a indiqué que le recourant avait demandé un suivi en raison d'un sentiment de culpabilité et d'angoisse déclenchés par l'accident et affectant son sommeil. Sa thymie était abaissée, il évoquait des flashbacks et se plaignait de douleurs qui provoquaient des réveils nocturnes et ne permettaient pas un sommeil réparateur. De plus, sa pensée était fixée sur sa situation actuelle et son futur au travail.

6.5. Le 15 mars 2019, les Drs H.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_, spécialistes en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur, ont noté la présence de douleurs d'allures neuropathiques au niveau des cicatrices des membres supérieurs (p. 254).

Le 2 mai 2019, ils ont relevé que le recourant souffrait de douleurs chroniques, les lombalgies constituant la plainte principale (p. 296).

Les infiltrations ne donnant que des résultats limités dans le temps, ils ont procédé à une dénervation le 30 avril 2019, au niveau L4-L5-S1 des deux côtés.

6.6. Le 24 juin 2019, le Dr E.\_\_\_\_\_ a rencontré le recourant à 6 mois de la réostéosynthèse pour un retard de consolidation (p. 332).

Il a constaté que, radiologiquement, la fracture était consolidée.

L'intéressé ne souffrait plus de douleurs au niveau du bras mais rapportait une augmentation des douleurs au niveau du coude à la mobilisation.

Deux jours plus tard, le Dr F.\_\_\_\_\_ a également rapporté une sensation d'endormissement puis de fourmillements dans la main droite lorsque le recourant restait inactif avec le coude à 80°. Il a aussi noté une perte de force dans la main droite (p. 337).

6.7. Le 9 juillet 2019, le recourant a établi, avec son employeur, les limitations physiques dans le cadre d'une reprise du travail et d'une réorientation : « *S'asseoir, pendant environ 2 heures actuellement. L'idéal pour lui c'est d'alterner les périodes assis/debout ; Être debout, marcher avec montées et descentes, c'est également bon pour environ deux heures pour autant que les montées et descentes ne soient pas trop raides ; Utiliser le bras gauche et la main, (utilisation d'un clavier, souris, stylo etc.) mouvements ok, porter jusqu'à 4kg* » (p. 379. S'agissant des procès-verbaux plus anciens, voir les p. 352, 357, 360, 364).

Le recourant a également relevé qu'à court et moyen terme, il ne pouvait se mettre à genoux, porter une charge de plus de 4 kg avec le bras gauche supérieur ou porter quelque chose avec le bras droit. Il ne pouvait pas non plus descendre dans un puit ou d'autres activités similaires ou monter une échelle.

6.8. Le 27 août 2019, le Dr F. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un tunnel cubital post-traumatique du coude droit irritatif et déficitaire au niveau sensitif, une probable compression du nerf médian au coude avec déficit sensitif, une allodynie au niveau des cicatrices du bras droit ainsi que des myalgies au biceps et au triceps (p. 423).

Il a noté que les douleurs n'avaient que très peu diminué, mais que le recourant pouvait faire plus d'activités.

6.9. Dès septembre 2019, le recourant a débuté un stage d'observation de 4 demi-jours au sein du centre logistique de B. \_\_\_\_\_ (p. 395, 405, 702).

Ce stage devait lui permettre de « *faire connaissance avec un travail administratif* » et, selon le résultat, de suivre un stage de réinsertion pour une fonction administrative.

6.10. Le 20 septembre 2019, le Dr G. \_\_\_\_\_, constatant une nette amélioration clinique et une stabilité psychique, a clôturé le dossier médical du recourant (p. 1541).

6.11. Le 30 septembre 2019, au cours d'une séance réunissant les différents intervenants (employeur, Suva, OAI), le recourant a rapporté une évolution lente mais positive (p. 515).

Il a relevé que les restrictions au bras droit resteraient probablement inchangées à long terme et qu'il souffrait de douleurs permanente dans ce membre, mais a souligné qu'il était plus indépendant dans son quotidien et qu'il était en mesure de réaliser plus de mouvements.

Les parties ont ainsi convenu d'une reprise du travail à 20% dès le 6 novembre 2019, dans un travail administratif léger (gérer les clés, réaliser les petits travaux de conciergerie, s'occuper de la remise et de la reprise des locaux, contrôler le site et annoncer les problèmes, accompagner les entreprises externes sur le site, classer et archiver certains documents).

L'employeur a précisé qu'une telle activité n'était cependant pas disponible à long terme, faute de travail.

6.12. Le 21 novembre 2019, le Dr I. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué des douleurs mixtes, mécaniques et neuropathiques du membre supérieur droit, ainsi que des lombalgies mécaniques (p. 464).

Les lombalgies s'amélioraient, mais les douleurs handicapantes du membre supérieur droit persistaient.

Il fallait s'attendre, à terme, à la persistance des douleurs chroniques.

6.13. Un mois plus tard, soit le 18 décembre 2019, le Dr I. \_\_\_\_\_ a confirmé son diagnostic, relevant une évolution favorable pour les lombalgies mais défavorable au niveau du membre supérieur droit (p. 505).

6.14. Du 7 janvier au 19 février 2020, le recourant a séjourné au sein de la CRR pour rééducation intensive et évaluation des capacités fonctionnelles et professionnelles, « *dans un contexte de douleurs chroniques du bras* » (p. 558).

A l'entrée, le recourant rapportait plusieurs plaintes. Il relevait premièrement un manque de force et une fatigabilité importante du bras droit, deuxièmement, une mobilité limitée de l'épaule et du coude droits en raison de douleurs, troisièmement, des douleurs neuropathiques au bras droit, extrêmement fréquentes et augmentées par l'effort, quatrièmement, une allodynie de la cicatrice et, cinquièmement, une douleur de fond, « osseuse », au regard des sites de fractures, constante mais plutôt bien soulagée par un traitement antalgique.

Le moral était nettement amélioré, même si la situation restait difficile.

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour.

Sur le plan psychologique, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec symptômes anxieux de type post-traumatique avait été retenu lors du séjour en 2018 mais, à la sortie de la clinique, le recourant n'avait presque plus de phénomènes spontanés de reviviscence.

Après l'opération en vue de consolider le bras droit, l'état psychique s'était détérioré et le recourant a bénéficié d'un suivi psychologique du printemps à l'automne 2019.

Lors du présent séjour, le psychiatre a retenu une évolution favorable concernant les événements de type post-traumatique, avec absence de symptômes de type reviviscence, d'évitement ou d'hypervigilance. Le recourant présentait de plus une certaine labilité de l'humeur, alimentée par ses préoccupations concernant son avenir professionnel et ses limitations.

Ainsi, le psychiatre a conclu à un trouble de l'adaptation et une labilité de l'humeur en lien avec l'accident.

Le recourant a également été évalué par rapport à la persistance de lombalgies.

Durant le séjour, la prise en charge a été axée sur la physiothérapie et l'évolution subjective et objective était partiellement favorable, la participation du recourant aux thérapies ayant été considérée comme élevée.

Les plaintes et limitations s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour.

Les médecins ont cependant constaté des facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles, soit une kinésiophobie légère à modérée, un catastrophisme élevé et une auto-évaluation assez élevée du handicap. Le recourant a cependant correctement évalué le niveau d'effort qu'il était capable de fournir, même si la volonté de donner le maximum aux tests a été considérée comme incertaine et que le niveau de cohérence pendant l'évaluation était moyen.

Aux ateliers professionnels, le recourant se montrait volontaire et exprimait son envie de reprendre le travail.

Les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues : maintien prolongé du tronc en porte-à-faux/en position statique debout ou assise, flexion-torsion répétée du tronc, activités répétitives et/ou prolongées avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules, activités nécessitant de la force ou des amplitudes importantes du membre supérieur droit, activités avec le membre supérieur droit en porte-à-faux, port de charges de plus de 5 à 10 kg de manière répétée.

Le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle était défavorable mais, dans une activité adaptée, une capacité de travail complète devait en théorie être possible.

La stabilisation médicale était attendue dans un délai de trois à six mois.

6.15. Le 2 mars 2020, le Dr E. \_\_\_\_\_ a constaté l'effet positif du séjour à la CRR, qui a entraîné une reprise de la confiance, une nette diminution des douleurs et une récupération de la mobilité de l'épaule (p. 594).

Le recourant souffrait cependant encore de décharges électriques du côté ulnaire et de douleurs au dos qui empêchaient une reprise, ainsi que d'un déficit de force au niveau du triceps.

6.16. Le 16 mars 2020, le recourant a augmenté son taux d'activité de 20% à 40% à raison de 4 matinées par semaine (p. 648).

Le 22 avril 2020, l'employeur, sur la base des limitations retenues par la CRR, a noté qu'une reprise de travail dans l'ancienne activité n'était pas possible et qu'il allait analyser la possibilité d'un stage (p. 705).

Le recourant était pour sa part intéressé par une fonction dans la mécanique et disait vouloir reprendre un travail à 80%.

Il a expliqué qu'il ne pouvait s'imaginer travailler à un taux plus élevé en raison de ses difficultés de concentration et de sa fatigue (procès-verbal du 15 mai 2020, p. 721).

6.17. Le 4 juin 2020, le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin traitant, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen depuis 2018 (p. 737).

Il a indiqué que le recourant l'avait consulté pour des symptômes anxio-dépressifs en péjoration depuis janvier 2020, dans le cadre de l'accident de moto.

Il rapportait une tristesse quotidienne, une perte de plaisir partielle et une fatigue diffuse, ainsi qu'une importante crainte pour son avenir professionnel.

6.18. Le 16 juin 2020, le recourant a été licencié pour le 13 juillet 2020 (p. 738)

Le 29 juillet 2020, il a expliqué à la Suva qu'il était arrivé au terme des deux ans de garantie du salaire et que son employeur n'avait aucun travail adapté à lui offrir (p. 766, 768).

6.19. Le 11 août 2020, le recourant s'est soumis à une intervention tendant à l'ablation de son matériel d'ostéosynthèse à gauche (p. 801).

6.20. Le 25 août 2020, soit un peu plus de deux mois après son licenciement, il a informé l'autorité qu'il aurait la possibilité de travailler à D. \_\_\_\_\_ (p. 794).

Le 9 septembre 2020, il a indiqué que D. \_\_\_\_\_ précitée souhaitait l'engager en qualité de maître socio-professionnel dans le domaine de K. \_\_\_\_\_ (p. 811).

6.21. Le 16 septembre 2020, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a relevé que le recourant souffrait de douleur et manquait de force dans le bras droit (p. 807).

S'agissant du membre supérieur gauche, l'évolution était favorable, malgré la présence de quelques troubles sensitifs.

L'état psychique allait mieux grâce au suivi spécialisé, mais le moral dépendait beaucoup du statut professionnel, le licenciement ayant été dur à accepter.

Le médecin a remarqué que le recourant arrivait au bout des progrès avec la physiothérapie et qu'il resterait probablement handicapé.

Le taux de travail de 20% était probablement le maximum possible « *pour un moment* ».

6.22. Le 1<sup>er</sup> octobre 2020, le recourant a débuté une activité à 20% à D. \_\_\_\_\_, à titre de mesure AI (p. 804, 816, 860, 923).

6.23. Le 8 octobre 2020, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie de la main, a noté une nette diminution des douleurs et une meilleure mobilité depuis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse à gauche (p. 891).

Le recourant ne se plaignait plus que d'une légère sensibilité au regard de la cicatrice et ne souffrait plus que d'un léger déficit dans l'étirement du poignet, qui ne gênait pas au quotidien.

6.24. Le 9 octobre 2020, le recourant s'est soumis à une intervention visant à décoller le nerf radial à droite (rapport du 30 novembre 2020, p. 856).

6.25. En début d'année 2021, le recourant a été examiné par plusieurs médecins.

Le 20 janvier 2021, le Dr F. \_\_\_\_\_ a constaté que le recourant souffrait toujours de douleurs au coude droit, de fourmillements dans le bras droit, de lombalgies et de douleurs au bassin (p. 884).

Le 27 janvier 2021, le Dr L. \_\_\_\_\_ a confirmé les constats de son confrère et a relevé que le recourant, qui avait repris contact avec un psychiatre, vivait une situation psycho-sociale difficile (p. 888).

Le 19 février 2021, le Dr I. \_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant ne rapportait aucune évolution suite au décollage du nerf radial à droite et qu'il se plaignait toujours d'une allodynie mécanique intense et de douleurs importantes à la mobilisation du coude (p. 898).

A l'examen de la cicatrice au bras droit, il lui a semblé détecter un névrome à traiter chirurgicalement.

Le 16 mars 2021, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a diagnostiqué une compression du nerf ulnaire au coude droit (p. 907).

Le 17 mars 2021, le Dr F. \_\_\_\_\_ a noté des plaintes inchangées (p. 918).

Le 25 mars 2021, le recourant s'est soumis à une infiltration du possible névrome (rapport du 24 juin 2021, p. 948).

6.26. Le 16 juin 2021, la Dre O. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, dans le cadre d'un suivi débuté en avril 2020 (p. 959).

Elle a expliqué que le recourant présentait une décompensation dépressive depuis son licenciement faute d'un poste adapté, avec une thymie triste, une incapacité à se projeter dans l'avenir, une anhédonie, une aboulie et des idées noires, voire suicidaires, de manière fluctuante.

La médecin a estimé que le pronostic était moyen, mais il devait être réévalué, notamment avec le tableau somatique du recourant.

Les limitations étaient les suivantes : fatigabilité et difficultés à soutenir un rythme de travail continu ou à avoir des objectifs de productivité, trouble de la fixation fluctuante, difficultés parfois dans les interactions interpersonnelles du fait de l'humeur parfois très diminuée, ralentissement de la pension avec difficultés de gestion de l'information selon l'état dépressif.

Dans un travail adapté, le recourant pouvait travailler 3-4 heures par jour avec des pauses régulières, un faible stress, des horaires réguliers et limités dans un premier temps, ainsi qu'un accompagnement soutenu.

Enfin, la médecin a estimé que les principaux obstacles à une réadaptation étaient d'ordre physique.

Dans un rapport rédigé le lendemain, elle a estimé que le pronostic était de moyen à bon, à réévaluer avec l'évolution clinique et les co-morbidités physiques (p. 945).

6.27. Lors d'un entretien du 7 juin 2021, le recourant a informé l'OAI et la Suva qu'il ne pouvait augmenter son taux d'activité en raison de ses problèmes de santé (p. 953).

Ainsi, l'OAI a indiqué que, dans ces conditions, elle devait renoncer aux mesures professionnelles, un recyclage exigeant un taux de présence de 80% au moins.

Le 1<sup>er</sup> juillet 2021, le recourant a été engagé à 20% par D. \_\_\_\_\_ en qualité de brasseur (p. 967).

6.28. Le 21 septembre 2021, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a diagnostiqué une neuropathie complexe des branches sensitives du nerf radial droit (p. 980).

6.29. Le 14 octobre 2021, le Dr I. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution avait été peu favorable (p. 993).

Les lombalgies étaient revenues après une amélioration du traitement initial et l'allodynie intense du membre supérieur droit, associée à des douleurs extrêmes à la mobilisation, était toujours présente.

Des tentatives étaient faites pour soulager le recourant et améliorer ses capacités fonctionnelles (traitement médicamenteux et infiltratif), mais le pronostic était peu favorable.

Le médecin estimait que les douleurs chroniques allaient persister.

6.30. Le 6 décembre 2021, le Dr E. \_\_\_\_\_ a noté une péjoration de l'état de santé, le recourant décrivant une aggravation des douleurs et un coude devenu hypersensible notamment lorsqu'il utilisait la main (p. 1010).

6.31. Le 24 janvier 2022, le Dr I. \_\_\_\_\_ a relevé que le recourant présentait nouvellement un syndrome sacro-iliaque, qui répondait positivement mais temporairement à une infiltration (p. 1022).

6.32. Le 8 février 2022, le Dr F. \_\_\_\_\_ a fait état d'une situation globalement inchangée (p. 1032).

6.33. Le 7 mars 2022, la Dre Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie et médecin-conseil de la Suva, s'est penchée sur le dossier du recourant et a notamment confirmé les limitations retenues

par la CRR (« maintien prolongé du tronc en porte-à-faux/en position statique debout ou assise, flexion-torsion répétée du tronc, activités répétitives et/ou prolongées avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules, activités nécessitant de la force ou des amplitudes importantes du membre supérieur droit, activités avec le membre supérieur droit en porte-à-faux, port de charges de plus de 5 à 10 kg de manière répétée) (p. 1054).

6.34. Le 28 mars 2022, le recourant a été opéré, bénéficiant d'une cure de névrome, d'une neurolyse et d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse à droite (p. 1073, 1104).

6.35. Le 1<sup>er</sup> juin 2022, le Dr F. \_\_\_\_\_ a constaté une amélioration faible depuis le précédent contrôle (p. 1151).

Il a noté la disparition de l'allodynie dans le bras droit et des fourmillements dans la main. Le recourant souffrait toutefois toujours des douleurs musculaires dans le bras, biceps et triceps, ainsi que dans l'articulation du coude aux amplitudes extrêmes. Les douleurs lombaires et au bassin l'empêchaient de travailler à plus de 20%.

S'agissant des limitations, le médecin a noté une diminution de l'endurance et une fatigabilité musculaire en fin de journée du membre supérieur droit, ainsi que des douleurs musculaires au bras aux mouvements répétés du coude droit.

6.36. Du 12 juillet au 2 août 2022, le recourant a séjourné à R. \_\_\_\_\_ pour une réadaptation et rééducation de ses lombalgies chroniques (rapport du 9 septembre 2022, p. 1210).

A l'entrée, il décrivait une douleur modérée (4-5/10) qui s'aggravait avec les activités (8-9/10). Il rapportait des lombalgies, une cervicalgie et une douleur de l'épaule droite, d'allure neuropathique avec une mobilité diminuée. Malgré le traitement antalgique, les douleurs pouvaient être insomniantes.

Lors de l'examen d'entrée, les intervenants ont notamment constaté une mobilité limitée et des douleurs au rachis et au membre supérieur droit, lequel présentait de plus une diminution de force.

Le recourant a bénéficié de diverses thérapies (physiothérapie de mobilisation, thérapie médicale par l'entraînement, gymnastique rééducative collective, électrothérapie, massages thérapeutiques, ergothérapie).

L'évolution a été favorable.

Sur le plan algique, il décrivait des douleurs séquellaires légères à modérées, sans accentuation à la marche. Sur le plan orthopédique, il se déplaçait avec une démarche fluide et sécuritaire, montait et descendait les escaliers mais avec une bascule de l'hémibassin associé à un dysfonctionnement sacro iliaque droit. Les gestes du quotidien ont été travaillé (positionnement à table, transfert allongés-assis, relevé du sol, habillage, tâches ménagères, techniques de manutention), et le recourant était satisfait.

Les intervenants n'ont relevé aucun problème considérable sur le plan médical durant le séjour.

Ils ont recommandé la poursuite d'une physiothérapie en ambulatoire et des exercices appris tout au long du séjour, ainsi qu'une répétition annuelle d'un programme intensif de réhabilitation stationnaire.



6.37. Le 26 octobre 2022, le Dr L. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il ne restait plus d'amélioration à attendre sur le plan somatique depuis la dernière opération du membre supérieur droit (p. 1274).

Sur le plan psychique, le recourant lui paraissait fragile. Il avait de la peine à gérer seul les documents administratifs et, parfois, les rendez-vous.

Sur la question du pronostic, il a estimé qu'il fallait « *voir avec les spécialistes* ». Il a cependant souligné que le recourant ne pouvait exercer son activité actuelle de 20% qu'avec l'aide de personnes qui portaient les charges lourdes.

Il ne voyait pas quel autre métier pouvait être exercé : « *je ne vois pas ce que pourrait exercer le patient comme activité lucrative, le handicap me semble trop important* ».

6.38. Le 28 octobre 2022, le Dr I. \_\_\_\_\_ a constaté deux problèmes distincts (p. 1278).

D'abord, les douleurs du chroniques et complexes du membre supérieur droit, malgré une évolution discrètement favorable, et les limitations fonctionnelles toujours importantes à ce niveau.

Ensuite, les lombalgies mixtes, dont les prises en charge ont mené à des échecs.

Il a estimé qu'il était difficile de se prononcer sur le pronostic. Il semblait mauvais pour ce qui était du membre supérieur droit, et incertain pour les lombalgies.

6.39. Le 4 janvier 2023, la Dre S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en médecine intensive et médecin-conseil de la Suva, a rendu son appréciation (p. 1292).

Elle a résumé la situation, relevant que le recourant avait été victime d'un accident à moto qui avait entraîné de nombreuses lésions, et que la prise en charge s'était compliquée avec une pseudarthrose (retard de consolidation) de l'humérus droit puis par l'apparition de douleurs complexes, sur lesquels les infiltrations et les reprises chirurgicales n'ont eu qu'un effet partiel.

La médecin a évalué la situation au niveau du membre supérieur droit, estimant que les problèmes du rachis et les troubles psychiques devaient être évalués par d'autres spécialistes.

Ainsi, elle a remarqué que le recourant avait gardé des séquelles sous forme de douleurs au membre supérieur droit, sans limitations majeures de l'articulation de l'épaule ni du coude, mais avec une perte de force évaluée à M4+ (= possibilité de vaincre une résistance supérieure à la pesanteur mais la force réalisée reste déficitaire).

La situation était stabilisée et les limitations suivantes pouvaient être retenues : pas de port de charge répété de plus de 5-10 kg, pas de port de charge unique de plus de 15 kg, pas de mouvement en porte-à-faux, pas d'environnement froid.

Dans ces conditions, le recourant était en pleine capacité et en plein rendement dans une activité adaptée, étant précisé que, en raison des douleurs, une médication quotidienne était justifiée.

Enfin, la médecin a estimé que le recourant pouvait prétendre à une IPAI pour les séquelles au membre supérieur droit.

L'atteinte pouvait être comparée à une paralysie du nerf ulnaire (15%) et du nerf radial (25%), soit 40% au total. Ce pourcentage global pouvait cependant être réduit de  $\frac{3}{4}$ , l'atteinte n'étant que sensitive, sans atteinte motrice associée. C'est donc une IPAI de 10% que la médecin a retenue.

6.40. Le 24 janvier 2023, la Dre Q. \_\_\_\_\_ a évalué la situation en lien avec la problématique du rachis (p. 1310).

Elle a constaté que la situation était largement stabilisée et a estimé que les limitations provisoires relevées dans son dernier rapport du 7 mars 2022 étaient devenues définitives.

Le recourant pouvait ainsi travailler dans une activité à plein temps et avec un rendement complet.

La médecin a conseillé la poursuite de la physiothérapie, des exercices et du traitement antalgique.

Dans un rapport séparé du même jour, la médecin a fixé l'IPAI à 10%, en appliquant la table 7 du barème d'indemnisation pour les atteintes dans l'intégrité de la colonne vertébrale (p. 1314).

6.41. Par décision du 31 janvier 2023, la Suva a pris acte de la stabilisation de l'état de santé et a mis un terme au paiement des soins médicaux avec effet au 31 mars 2023 (p. 1360).

Elle a également relevé qu'elle examinait le droit à d'autres prestations sociales, rappelant toutefois qu'il appartenait au recourant de mettre à profit sa capacité de travail restante en exerçant une activité adaptée, soit dans le respect des limitations suivantes : port de charge répété de plus de 5-10 kg, port de charge unique de plus de 15 kg, mouvements en porte-à-faux, environnement froid, activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux/en position statique debout ou assise, activités avec flexion-torsion répétée du tronc, activités répétitives et/ou prolongées avec le membre supérieure droit au-dessus du plan des épaules, activités nécessitant de la force ou des amplitudes importantes au membre supérieur droit, activités avec le membre supérieur droit en porte-à-faux.

6.42. Le 10 février 2023, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dre U. \_\_\_\_\_, médecin, ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, et un état de stress post-traumatique (p. 1352).

Ils ont rappelé que le recourant avait consulté le RFSM en avril 2020 en raison d'une décompensation dépressive, apparue à la suite de son accident de moto en juillet 2018. Il avait pu retravailler à 40% comme concierge chez son employeur, avant d'être licencié.

Depuis, il présentait une décompensation dépressive avec une thymie effondrée, une incapacité à se projeter dans l'avenir, une anhédonie, une aboulie, des troubles du sommeil avec des ruminations anxieuses, ainsi que des idées noires voire suicidaires de manière fluctuante.

La thymie s'améliorait grâce au traitement psychiatrique, ce qui permettait au recourant de se projeter dans l'avenir et de se fixer des objectifs.

L'état psychique restait cependant très fragile, avec une persistance des symptômes anxieux et dépressifs, dont l'intensité pouvait changer dans le temps. Le recourant présentait également une forte auto-dévalorisation, une vision négative de son avenir, des moments d'irritabilité liés à ses capacités physiques qui l'empêchaient de s'occuper de la maison, du jardin et autres activités de la vie quotidienne. Il présentait une tendance à l'isolement, voyait peu ses amis et faisait difficilement le deuil de ses activités préférées (moto, ski, vélo et autres). Il se culpabilisait vis-à-vis de son épouse, très soutenante, et de ses fils. Il sortait de la maison pour se promener, mais les douleurs au dos ne lui permettaient pas de se détendre pendant ces promenades. La situation socio-professionnelle et financière lui pesait et il passait souvent de mauvaises nuits, avec des douleurs et des ruminations.

Le recourant présentait également des symptômes de stress post-traumatique, soit des reviviscences des scènes de l'accident de moto, des difficultés de concentration et de mémoire, des cauchemars, des comportements d'évitement, en forte diminution. Il présentait toujours aussi des idées noires et suicidaires d'une manière fluctuante.

Le pronostic était réservé, les médecins relevant que les douleurs et les limitations physiques semblaient avoir un impact très important sur l'état psychique.

Il n'était pas nécessaire d'intervenir auprès de l'employeur pour l'attribution d'un travail approprié, mais le recourant devait poursuivre une activité « *tenant compte de ses difficultés sur le plan physique et psychique* ».

6.43. Le 24 mars 2023, le Dr L. \_\_\_\_\_ a estimé que les troubles psychiques (« *traumatisme avec angoisses de mort, douleurs chroniques et handicap permanent avec dépression chronique et impact majeur sur l'estime de soi* ») devaient être pris en compte « *pour l'évaluation globale* » (p. 1495).

S'agissant des limitations somatiques, il a renvoyé aux avis des spécialistes de la douleur et à ceux des orthopédistes.

Il a toutefois estimé que le recourant n'était pas en mesure de travailler à 100 %, même avec les limitations décrites par les médecins-conseil. Le rendement et la résistance étaient partiellement diminués, le recourant souffrait de troubles neuropsychologiques qui le handicapait dans sa vie quotidienne. Il se disait de plus être fatigué et déclarait souffrir de problèmes de concentration.

Le médecin a ainsi estimé que l'avis du psychiatre était primordial.

Il a contesté l'évaluation de la Dre S. \_\_\_\_\_, soutenant qu'un traumatisme à haute énergie avec autant de fractures n'impactait pas seulement les os, mais perturbait aussi tout le fonctionnement et entraînait des douleurs résiduelles, de sorte qu'il persistait un handicap.

6.44. Le 6 avril 2023, le Dr I. \_\_\_\_\_ a pris connaissance des limitations retenues par la Suva et a souligné que le recourant souffrait également de limitations liées aux lombalgies et aux douleurs du membre supérieur droit. Ces douleurs, liées aux médicaments, avaient un impact sur la résistance au stress, sur les capacités cognitives, sur le sommeil, etc. (p. 1504).

Il a de plus indiqué qu'au cours des derniers mois, il avait tenté de soulager le recourant de ses lombalgies, qui étaient les plus envahissantes, rappelant qu'une amélioration des douleurs entraînait une amélioration de la qualité de vie et des capacités fonctionnelles.

A la question de savoir si le recourant était en mesure travailler à plein temps et avec un plein rendement dans une activité qui respectait les limitations énumérées par la Suva, le médecin a répondu par la négative. Il a estimé que les douleurs chroniques entraînaient d'autres problématiques que les seules limitations de fonction.

Il n'a cependant pas été en mesure de se prononcer sur le taux d'activité exigible, estimant que cela dépendait de la tolérance.

Quant au rendement exigible, il l'estimait au taux de 50% maximum.

6.45. Le 5 mai 2023, les Drs T. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_ ont relevé que le syndrome de stress post-traumatique n'était plus actif, mais ont confirmé le contenu de leur dernier rapport, relevant que l'état psychique restait très fragile, avec une persistance des symptômes anxieux et dépressifs d'intensité changeante (p. 1506).

Ils ont ainsi diagnostiqué une symptomatologie dépressive d'intensité sévère.

Ils ont également indiqué que, quel que soit l'état thymique, le fonctionnement du recourant était durablement perturbé depuis la fin de l'épisode de stress post-traumatique.

L'intéressé présentait en effet une modification durable de la personnalité qui se caractérisait par la conviction d'avoir été transformé par la maladie au point de s'isoler et d'être devenu incapable de maintenir des relations personnelles étroites, une passivité dans les loisirs, des plaintes persistantes relatives à la santé, une humeur dysphorique ou labile et une altération significative du fonctionnement social et professionnel.

La situation socio-professionnelle et financière lui pesait beaucoup, il passait souvent de mauvaises nuits avec des douleurs et des ruminations autour de sa situation.

Les douleurs chroniques influençaient très négativement la thymie, le rendant irritable et engendrant des troubles du sommeil importants. Le recourant n'arrivant plus à maintenir l'activité professionnelle souhaitée et les activités sportives habituelles, qui étaient des ressources très importantes pour lui, il était confronté à une réalité dans laquelle il se sentait complètement bloqué, handicapé et inutile, ce qui risquait d'entretenir les troubles psychiques.

Les médecins n'attendaient pas d'amélioration de la modification de la personnalité. La prise en compte des limitations et donc l'amélioration de la qualité de vie pouvaient avoir un effet bénéfique sur l'estime de soi et sur la symptomatologie dépressive et l'on pouvait ainsi espérer une diminution de la fréquence et de l'intensité des épisodes thymiques.

Etant donné la complexité de la situation, le pronostic quant à la capacité de travail restait sombre.

Le recourant était limité par une fatigabilité avec une difficulté à soutenir un rythme de travail continu ou avoir des objectifs de productivité, des difficultés dans les interactions interpersonnelles, une hypersensibilité au stress, des difficultés dans la gestion des émotions (tolérance restreinte à la frustration, irritabilité, impulsivité), un ralentissement de la pensée avec des difficultés de gestion de l'information selon l'état dépressif, des difficultés de la concentration et de la fixation fluctuante et des troubles du sommeil.

Les médecins ont souhaité « *rendre attentif au fait qu'en 2019 le patient travaillait comme concierge dans une base logistique [...] avec un taux de travail à 40% mais qu'il a par la suite été licencié en raison de ses difficultés* ».

Ils ont estimé que le recourant pouvait travailler deux heures par jour avec une aide adéquate dans l'activité qu'il exerçait à D. \_\_\_\_\_, avec des pauses régulières, une faible charge de stress, des horaires réguliers et limités initialement, et un accompagnement probablement soutenu pour le poste. Ils ont qualifié ce travail de « *mesure thérapeutique* » pour éviter une inactivité et un isolement social. Il était peu probable que l'ampleur de l'activité puisse être augmentée.

Au quotidien, le recourant était limité dans la tenue du ménage, du nettoyage, du travail au jardin, au garage, dans les achats. Il manquait d'énergie, souffrait d'un ralentissement psychomoteur, d'une démotivation et d'une irritabilité.

6.46. Par décision du 15 mai 2023, la Suva a alloué une rente de 32% et une IPAI de 20% (p. 1417).

Elle a estimé que le recourant était en mesure de travailler dans une activité permettant d'alterner les positions assises et debout, ne nécessitant pas de port de charges supérieures à 15 kg, mais limitées à 5-10 kg si cela devait être effectué de manière répétitive, sans activités avec le bras ou le tronc en porte-à-faux ni mouvements de force ou de forte amplitude ou encore en imposant le maintien du bras au-dessus du plan des épaules.

En prenant comme base les chiffres du niveau de compétences 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour un homme et en tenant compte d'une réduction de 5 % pour les limitations fonctionnelles, la Suva a estimé qu'un salaire de CHF 63'335.00 pouvait encore être réalisé dans une activité adaptée. Comparé au gain de CHF 92'915.00 réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de 32%.

L'autorité a précisé qu'elle ne tenait pas compte des troubles psychiques, qui n'étaient selon elle pas en lien avec l'accident.

S'agissant de l'IPAI, elle a tenu compte d'une atteinte à l'intégrité de 20% et a alloué un montant de CHF 29'640.00.

6.47. Le 15 novembre 2023, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de la Suva, a procédé à un examen de la situation (p. 1543).

Il s'est d'abord interrogé sur le diagnostic d'état de stress post-traumatique, estimant que plusieurs éléments cliniques indiquaient plutôt un trouble de l'adaptation avec une symptomatologie traumatique. Il ne s'est cependant pas penché sur la question, ce diagnostic n'étant plus retenu.

S'agissant du trouble dépressif récurrent, le médecin a constaté que le diagnostic avait été posé en 2020 suite au licenciement subi en 2019. Ainsi, il a estimé qu'il était peu probable que l'accident présentait un lien de causalité naturelle avec ce trouble.

Concernant la modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique, il s'est montré sceptique. Citant le CIM-10, il a rappelé que ce diagnostic ne devait pas se fonder sur les symptômes résiduels d'un trouble mental antérieur et que les manifestations cliniques devaient être présentes depuis deux ans ou plus. Or, d'une part, il était difficile d'affirmer que les symptômes retenus n'étaient pas reliés au trouble dépressif. D'autre part, le diagnostic avait été lié à la fin de l'état de stress post-traumatique qui n'a cessé qu'en février 2023, soit en deçà des deux années de symptomatologie nécessaires pour poser un diagnostic de modification durable de la personnalité.

Au vu de ce qui précède, le médecin a conclu que seul l'état de stress post-traumatique – qui n'était plus actif – pouvait être lié à l'accident.

6.48. Par décision sur opposition du 17 novembre 2023, la Suva a confirmé sa décision du 15 mai 2023 (p. 1487, 1548).

6.49. Le 2 février 2024, le Bureau d'expertises médicales BEM a remis à l'OAI son rapport d'expertise (annexe au courrier du recourant du 10 juin 2024).

Sur le plan somatique, l'expert Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation, a diagnostiqué des douleurs chroniques du membre supérieur droit et des lombalgies chroniques. Il a confirmé une atteinte marquée du membre supérieur droit avec une limitation des amplitudes de l'épaule et du coude droits et des forces de préhension très diminuées, ainsi que des limitations articulaires du rachis.

Sur le plan psychique, l'expert Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un épisode dépressif sévère. Il a relevé que le recourant n'avait initialement pas pris conscience de l'impact psychologique de celui-ci, malgré certaines inquiétudes formulées par certains intervenants à la CRR puis par ses proches. Il avait finalement accepté une première prise en charge mais ne voyait pas les bénéfices et s'est alors opposé à la démarche. Le trouble dépressif, initialement moyen, s'est ainsi progressivement intensifié. L'expert psychiatre a constaté une tristesse constante, une perte de l'intérêt et du plaisir pour les différentes activités ainsi qu'une fatigue modérée (3 des 3 critères principaux). Il a également observé une diminution franche de l'estime de soi, des idées de culpabilité, des troubles majeurs de la concentration et de l'attention, des idées suicidaires, de projections d'avenir moroses et pessimistes et, partiellement, des troubles du sommeil (6 des 7 critères secondaires).

L'expert psychiatre a également noté un état de stress post-traumatique qui était en rémission et qui n'était pas incapacitant.

Les deux experts se sont accordés sur le fait que la capacité de travail dans l'ancienne activité du recourant était nulle.

Le recourant pouvait toutefois travailler dans une activité adaptée.

Ainsi, sur le plan somatique, le recourant était en mesure d'exercer à 100% et sans diminution de rendement une activité principalement mono-manuelle, sans port de charge ou de position au-dessus de l'horizontal en cas d'utilisation du membre supérieur droit, sans travail répétitif avec le membre supérieur droit, sans port de charges global de plus de 10 kg, sans position contrainte du rachis en réclinaison, porte-à-faux ou torsion axiale, sans travail accroupi ou à genoux, sans travail sur terrain irrégulier, sans travail sur des échelles ou échafaudages (p. 18 de l'expertise).

Sur le plan psychique, le recourant pouvait travailler à 50%, avec une diminution de rendement de 20% dans le contexte de troubles de la concentration et de l'attention, de fatigue et de fatigabilité. Le recourant devait ainsi exercer une activité limitant la surstimulation de l'attention, de la concentration et des capacités cognitives, étant précisé que l'activité actuelle pouvait être considérée comme adaptée (p. 39 de l'expertise).

6.50. Le 13 juin 2024, le Dr I. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait revu le recourant une douzaine de fois depuis son dernier rapport en avril 2023 (annexe au courrier du recourant du 1<sup>er</sup> juillet 2024).

Il avait procédé à différentes infiltrations et prescrit différents médicaments, avec des résultats peu satisfaisants ou temporaires seulement.

Le médecin a estimé qu'il était dans une impasse et a ainsi adressé le recourant à un antalgiste pour un second avis.

7.

### *Discussion au sujet des troubles physiques*

La capacité de travail du recourant a été discutée par les médecins dès 2020.

7.1. La première évaluation a été réalisée en début d'année par les médecins de la CRR.

Ceux-ci ont certes constaté que l'état de santé n'était pas encore stabilisé, mais ont estimé que le recourant était en mesure, dans un délai de trois à six mois, de travailler dans une activité adaptée.

Ils ont ainsi retenu les limitations suivantes : maintien prolongé du tronc en porte-à-faux/en position statique debout ou assise, flexion-torsion répétée du tronc, activités répétitives et/ou prolongées avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules, activités nécessitant de la force ou des amplitudes importantes du membre supérieur droit, activités avec le membre supérieur droit en porte-à-faux, port de charges de plus de 5 à 10 kg de manière répétée.

Ils ont remarqué que les plaintes et limitations s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour, mais ils ont également constaté certains facteurs qui influençant les aptitudes fonctionnelles, soit une kinésiophobie légère à modérée, un catastrophisme élevé et une auto-évaluation assez élevée du handicap.

Contrairement à ce que soutient le recourant, les médecins avaient bel et bien tenu compte de ses douleurs.

Celles-ci étaient d'ailleurs au cœur de la prise en charge puisque, selon le rapport final, le but de celle-ci était la « *rééducation intensive et évaluation des capacités [...] dans un contexte de douleurs chroniques du bras droit* » (p. 558). De plus, durant le séjour, les médecins ont également évalué le recourant par rapport à la « *persistance de lombalgies irradiant dans le pli de l'aîne* » (p. 563).

Il doit enfin être relevé que le recourant a été examiné par un grand nombre d'intervenants, notamment des spécialistes en médecine physique et réadaptation, en rhumatologie et en radiologie, mais également par une ergothérapeute, une physiothérapeute et un maître socio-professionnel.

Ceux-ci, dans le cadre d'une prise en charge étendue, ont pu observer le recourant durant un mois et demi et remettre ainsi une analyse complète, pertinente et consensuelle.

Leurs conclusions sont ainsi particulièrement convaincantes et ne sauraient être écartées sans motifs sérieux.

7.2. Plus tard dans la même année, en septembre 2020, le Dr L.\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur la capacité de travail du recourant, estimant que le taux de 20% était probablement le maximum possible « *pour un moment* » (p. 807).

On peine cependant à comprendre cette conclusion.

Il est rappelé que suite au séjour à la CRR, les médecins constataient une évolution générale lentement positive (rapport du 2 mars 2020 du Dr E.\_\_\_\_\_, p. 594 ; rapport du 16 septembre 2020 du Dr L.\_\_\_\_\_, p. 807 ; rapport du 8 octobre 2020 du Dr M.\_\_\_\_\_, p. 891).

Le recourant a de plus vécu plusieurs changements professionnels durant cette période, puisque son taux a été augmenté à 40% au printemps 2020 avant qu'il soit licencié en été 2020 et retrouve ensuite une activité à 20% auprès de D.\_\_\_\_\_.

On ne saurait ainsi suivre l'appréciation pessimiste du Dr L.\_\_\_\_\_, face à un patient dont la santé s'améliorait lentement et qui, quelques mois auparavant encore, travaillait à 40% dans la conciergerie légère avant d'être licencié, précisons-le, pour des raisons non médicales.

7.3. Deux ans plus tard, en octobre 2022, le même médecin a été appelé à poser un pronostic. Il a cependant renvoyé à l'avis de ses collègues, avant d'estimer que l'activité à 20% auprès de D.\_\_\_\_\_ n'était qu'occupationnelle et qu'elle ne pouvait être exercée qu'avec l'aide de personnes qui portaient les charges lourdes. Il a également relevé que les troubles du recourant étaient tels qu'ils lui permettaient à peine de travailler : « *je ne vois pas ce que pourrait exercer le patient comme activité lucrative, le handicap me semble trop important* » (p. 1274).

Il est vrai que l'année 2021 a été difficile pour le recourant, qui a présenté une augmentation des douleurs.

Les médecins s'étaient cependant employés à le soulager et avaient ainsi rapporté certaines avancées positives dès l'été 2022, malgré l'absence de franches améliorations (rapport du 1<sup>er</sup> juin 2022 du Dr F.\_\_\_\_\_, p. 1151; rapport du 9 septembre 2022 de R.\_\_\_\_\_, p. 1210).

Le Dr L.\_\_\_\_\_ n'expose cependant nullement les limitations fonctionnelles que rencontrait le recourant. Il renvoie à l'avis des spécialistes, tout en soutenant que son patient n'est pas en mesure de travailler.

Ainsi, on ne saurait être convaincu par son évaluation.

7.4. En janvier 2023, ce sont les médecins-conseils qui se sont penchés sur le dossier du recourant.

S'agissant du membre supérieur droit, la Dre S.\_\_\_\_\_ a estimé que l'intéressé pouvait travailler dans le respect des limitations suivantes : pas de port de charge répété de plus de 5-10 kg, pas de port de charge unique de plus de 15 kg, pas de mouvement en porte-à-faux, pas d'environnement froid (p. 1292).

S'agissant du rachis, la Dre Q.\_\_\_\_\_ a elle aussi soutenu que le recourant pouvait travailler dans une activité à plein temps et avec un rendement complet dans le respect des limitations retenues par la CRR (p. 1310).

Ces médecins n'ont pas examiné eux-mêmes le recourant et l'on peut se demander, comme l'a d'ailleurs fait l'intéressé dans son mémoire de recours, s'ils ont suffisamment tenu compte de la problématique des douleurs.

Toutefois, les médecins ont longuement analysé et résumé le dossier médical, examinant les imageries et tenant compte des observations tant objectives que subjectives de leurs confrères, de sorte que l'on peut admettre qu'ils bénéficiaient d'une vision complète de la situation.

7.5. Les conclusions des médecins-conseils ont certes été critiquées par le Dr L.\_\_\_\_\_, mais celui-ci semble avoir tenu compte des troubles psychiques, qui n'ont pas à être pris en compte à ce stade (p. 1495).



Il a de plus renvoyé à ses collègues pour l'évaluation précise de la capacité de travail sous l'angle somatiques, admettant implicitement qu'il pouvait manquer de compétence et de connaissances sur ce point.

Le Dr I. \_\_\_\_\_ a également critiqué les limitations retenues par la Suva, soulignant que les douleurs avaient un impact sur la résistance au stress, sur les capacités cognitives, sur le sommeil, etc. (p. 1504).

Il n'a cependant pas été en mesure de se prononcer sur le taux d'activité exigible, mais a suggéré un rendement maximal de 50% : « *Je ne suis pas réadaptateur. 50% ? Maximum* ».

Malgré les éléments apportés par ce spécialiste de la douleur, ses conclusions ne sont pas suffisamment précises pour inverser la conclusion selon laquelle le recourant est en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée.

7.6. Une expertise réalisée en février 2024 et mandatée par l'OAI est d'ailleurs venue confirmer les conclusions de la CRR et des médecins-conseil.

L'expert Dr W. \_\_\_\_\_ a estimé que le recourant était en mesure d'exercer à 100% et sans diminution de rendement une activité principalement mono-manuelle, sans port de charge ou de position au-dessus de l'horizontal si utilisation du membre supérieur droit, sans travail répétitif avec le membre supérieur droit, sans port de charges global de plus de 10 kg, sans position contrainte du rachis en réclinaison, porte-à-faux ou torsion axiale, sans travail accroupi ou à genoux, sans travail sur terrain irrégulier, sans travail sur des échelles ou échafaudages.

L'expert a tenu compte des douleurs, qui constituent le diagnostic principal et qui ont été discutées avec le recourant : « *on se trouve devant un tableau clinique de douleurs chroniques du membre supérieur droit, de flexum du coude droit, dans un contexte de plusieurs interventions chirurgicales [...]. L'assuré présente également des lombo-pyalgies mécaniques, à mettre en relation avec des discopathies et une arthrose postérieure L4-L5 et L5-S1* ».

Il a également confirmé une atteinte marquée du membre supérieur droit avec une limitation des amplitudes de l'épaule et du coude droits et des forces de préhension très diminuées, ainsi que des limitations articulaires du rachis.

Partant, il a tenu compte de la situation dans sa globalité, s'est penché sur le dossier médical, a entendu et examiné le recourant en tenant compte des douleurs et en recherchant les limitations concrètes.

Il a également eu l'occasion de comparer ses impressions avec celles de son confrère psychiatre, avec lequel il a rendu une évaluation consensuelle, et ainsi, certainement, mieux différencier les troubles somatiques des troubles psychiques.

L'expertise doit être considérée comme pertinente, étant en outre relevé qu'elle n'a pas été critiquée par le recourant.

7.7. Au vu de tout ce qui précède, les conclusions de l'expertise, actuelles et pertinentes, peuvent être suivies.

Il est ainsi retenu que, d'un point de vue somatique, le recourant est bel et bien en mesure de travailler dans une activité adaptée malgré ses douleurs.

8.

### *Discussion au sujet des troubles psychiques et de leur lien de causalité avec l'accident*

Le recourant exige la prise en charge des troubles psychiques par la Suva, rappelant qu'il souffre en permanence de douleurs chroniques invalidantes et insomniantes – d'une sévérité telle qu'elles seraient à elles seules suffisantes pour admettre une relation de causalité –, que la durée du traitement était longue (presque 5 ans pour atteindre une stabilisation), que des difficultés sont apparues au cours de la guérison (mauvaise consolidation de l'humérus qui a entraîné des opérations et des complications) et que la durée de l'incapacité de travail était longue.

8.1. La condition relative aux douleurs persistantes est probablement remplie.

Cette problématique est en effet au premier plan dans ce dossier et marque le quotidien de ce recourant autrefois très actif.

On ne saurait toutefois estimer qu'elles sont d'une importance telle que ce seul élément entrainerait l'admission du lien de causalité.

En effet, comme constaté ci-dessus, la capacité de travail du recourant reste entière dans une activité adaptée, et cela malgré ses douleurs.

En outre, il ressort de l'expertise que le recourant est en mesure de réaliser un certain nombre d'activités au quotidien, les douleurs étant variables selon les périodes et les activités (p. 20 de l'expertise). Il a ainsi certes dû renoncer au ski, mais il peut faire du vélo électrique (p. 21). Il participe également à certaines tâches ménagères et s'occupe de certaines activités extérieures (ramasser les tomates, s'occuper des poules, etc.).

8.2. On ne saurait non plus prétendre que le recourant a dû faire face à des difficultés apparues au cours de la guérison ou à des complications importantes.

Les médecins ont certes remarqué, au cours du premier séjour à la CRR, que l'humérus droit présentait un retard de consolidation, mais le recourant a rapidement été opéré et, six mois plus tard, la fracture était consolidée.

Hormis cet élément, le recourant n'a pas dû faire face à des complications importantes.

Le fait que les médecins ne soient pas parvenus à libérer le recourant des douleurs provoquées par l'accident ne sauraient être considérées comme des « *difficultés apparues au cours de la guérison* ».

8.3. Le critère de la durée anormalement longue du traitement ne semble pas non plus être rempli.

Après l'accident, le recourant a été opéré le 15 juillet 2018 (mise en place d'un fixateur externe au poignet gauche, réduction de la fracture de l'humérus) et le 19 juillet 2018 (ablation du fixateur externe au poignet gauche et réduction de la fracture du radius) avant d'être pris en charge à la CRR durant 4 mois.

A cette époque, les médecins ont constaté un retard de consolidation de l'humérus et ont ainsi opéré le recourant en novembre 2018 (ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse, neurolyse du nerf radial, débridement du foyer de fracture et ostéosynthèse).

Le recourant a ensuite séjourné une seconde fois à la CRR pour rééducation intensive en début d'année 2020 et a été opéré à plusieurs reprises (dénervation en avril 2019, ablation du matériel d'ostéosynthèse à gauche en août 2020, décollement du nerf radial à droite en octobre 2020, cure de névrome et ablation du matériel d'ostéosynthèse à droite en mars 2022).

Vu toutefois les atteintes engendrées par l'accident, on ne saurait estimer que le traitement a été « *anormalement* » long ou lourd, étant de plus précisé que les opérations qui ont eu lieu après le séjour à la CRR concernaient surtout l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et diverses tentatives de soulager les douleurs.

8.4. Enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques ne sauraient être de nature à entraîner les troubles psychiques.

Il est rappelé qu'en novembre 2019, le recourant a repris un emploi à 20% dans un travail léger de conciergerie et que, en début d'année 2020, les médecins de la CRR estimait que, dans un délai de six mois environ, il serait capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée.

8.5. Au vu de ce qui précède, il est retenu que les troubles psychiques ne sauraient être liés, du point de vue de la causalité adéquate, à l'accident de moto.

Il n'est pas contesté que les douleurs sont très présentes chez ce recourant qui était actif.

Celui-ci considérait d'ailleurs le sport comme un exutoire et vit très mal le fait qu'il doive aujourd'hui adapter ses efforts. L'expert psychiatre a ainsi relevé que le recourant faisait auparavant du vélo de course, mais qu'il était maintenant « *réduit* » à faire du vélo électrique. Il a dû abandonner le ski, trop douloureux « *bien qu'il ait tenté à trois reprises de faire remodeler ses semelles ou même de louer d'autres souliers de ski* ».

Enfin, on relèvera que l'état psychique du recourant a paru se figer après la perte de son emploi. Or celle-ci, et les angoisses qu'elle a certainement générées, certes consécutives à l'accident, doivent être considérées comme des facteurs étrangers à celui-ci.

Ces derniers éléments ne sauraient fonder, là encore, un lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident.

9.

#### *Discussion au sujet de l'abattement*

Le recourant estime enfin que l'abattement de 5% sur le salaire statistique est insuffisant compte tenu des limitations fonctionnelles, des douleurs et de la médication qui impactent la résistance au stress, des difficultés sociales et de concentration.

Il est rappelé qu'un abattement est effectué si l'invalidé présente certains empêchements propres à sa personne, lorsqu'il existe des indices que, en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut plus mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne.

Or, en l'espèce, le revenu statistique sur lequel s'est basée la Suva tient déjà compte de tout un panel d'activités légères qui pourraient correspondre aux limitations physiques du recourant, étant précisé que l'autorité n'a pas à tenir compte des limitations psychiques.

Ainsi, en appliquant un abattement de 5%, l'autorité a suffisamment tenu compte des circonstances du cas d'espèce.

Il est souligné que la Suva dispose d'un large pouvoir d'appréciation dans l'examen de cette question et qu'elle ne semble pas l'avoir outrepassé.

10.

#### *Synthèse, frais et dépens*

Au vu de tout ce qui précède, le recours est rejeté. Aucun lien de causalité entre l'accident et les troubles psychiques ne pouvant être retenu, l'appréciation faite de la capacité résiduelle de travail ne prête pas le flanc à la critique, tout comme l'abattement de 5% opéré sur le revenu statistique d'invalidé.

Il n'est pas perçu de frais de procédure vu la gratuité valant en la matière.

Vu le sort du recours, il n'est pas alloué d'équitable indemnité de partie.

#### **la Cour arrête :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. Il n'est pas perçu de frais.
- III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie.
- IV. Notification.

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

Fribourg, le 25 mars 2025/dhe

Le Président

La Greffière-rapporteure