



**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

605 2024 130

Arrêt du 19 mai 2025

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :

Marc Boivin

Juges :

Vanessa Thalmann, Marc Sugnaux

Greffière :

Angélique Marro

Parties

A. _____, recourant

contre

SUVA, autorité intimée

Objet

Assurance-accidents – stabilisation de l'état de santé – indemnité journalière – droit à la rente – capacité de travail

Recours du 24 juillet 2024 contre la décision sur opposition du 26 juin 2024

considérant en fait

A. A. _____, né en 1970, travaillait en qualité d'aide charpentier auprès de la société B. _____ SA. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA.

Le 6 juillet 2020, une pièce de charpente lui est tombée sur les doigts, lui provoquant une fracture ouverte de l'extrémité des troisième et quatrième doigts de la main droite.

Pour cet accident, la SUVA a versé des indemnités journalières et pris en charge les soins médicaux.

B. Par courriel du 14 février 2024, la SUVA a informé l'assuré que sa situation était stabilisée. Ainsi, elle entendait mettre fin aux prestations d'indemnité journalière et de frais de traitement.

Le même jour, celui-ci a indiqué contester la fin de la prise en charge du traitement médical, puis, le 15 février 2024, il a précisé contester que sa situation médicale était stabilisée.

Par correspondance du 16 février 2024, la SUVA a confirmé que la situation médicale était stabilisée. Par conséquent, elle mettait fin au paiement des soins médicaux et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2024.

Le 26 février 2024, l'assuré a à nouveau contesté que son état de santé était médicalement stabilisé.

C. Par décision du 29 février 2024, confirmée par décision sur opposition du 26 juin 2024, la SUVA a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle a cependant alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI) de 5%, soit CHF 7'410.-.

D. Le 24 juillet 2024, A. _____ interjette recours à l'encontre de la décision sur opposition. En substance, il conteste le refus de la rente, plus précisément le taux d'invalidité retenu. Il demande que son taux d'invalidité, respectivement son droit à la rente, soient réévalués.

Le 16 septembre 2024, la SUVA fait parvenir ses observations, concluant au rejet du recours.

Dans un premier temps, les correspondances à l'attention du recourant n'ont pas pu lui être notifiées, celles-ci étant revenues en retour avec la mention « *nicht mehr unter dieser Adresse wohnhaft* ». Finalement, par entretien téléphonique du 16 avril 2025, le recourant a communiqué une nouvelle adresse de notification. Le même jour, les observations de la SUVA lui ont été notifiées à cette nouvelle adresse.

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

en droit

1.

Recevabilité

Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente, par un recourant directement touché par la décision querellée.

Partant, il est recevable.

2.

Règles générales relatives aux prestations LAA

2.1. En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale 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.

Au sens de l'art. 4 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), est réputée 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.

2.2. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose ainsi notamment, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est 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 manière générale favorisée par une telle circonstance.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration, ou le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (arrêt TF 8C_493/2022 du 8 mars 2023 consid. 4.1.3 et les références).

En particulier, le principe « *après l'accident, donc à cause de l'accident* » (« *post hoc, ergo propter hoc* ») ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb).

3.

Règles relatives au droit au traitement médical et aux indemnités journalières

3.1. Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA), le droit à l'indemnité journalière (art. 16 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA) et le droit à une IPAI (art. 24 LAA).

3.2. Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

3.3. Aux termes de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Cette disposition règle le moment de la liquidation du cas d'assurance. L'assureur-accidents ne doit - pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme - accorder des prestations provisoires, telles que des indemnités journalières et un traitement médical, qu'aussi longtemps qu'une sensible amélioration de l'état de santé peut être attendue de la poursuite du traitement médical. Si tel n'est plus le cas, la cessation des prestations provisoires et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à une rente d'invalidité et/ou à une IPAI (art. 24 al. 2 LAA) doivent être examinées en même temps (ATF 134 V 109 consid. 4.1; arrêt TF 8C_243/2021 du 11 octobre 2021 consid. 1.4.2 et les références).

3.4. La suspension des prestations provisoires et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à la rente sont des questions si étroitement liées entre elles, qu'il faut partir du principe qu'il s'agit d'un seul objet du litige. Vu que l'art. 19 al. 1 LAA fait coïncider la suspension des prestations provisoires avec l'examen, le cas échéant la fixation, du droit à la rente, il n'y a pas de place pour une pratique divergente, selon laquelle on se trouve en présence de deux objets litigieux différents lorsqu'il est question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente d'autre part (ATF 144 V 354 consid. 4.2; arrêt TF 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3).

Lorsque l'assurance rend une décision formelle de refus du droit à la rente et d'octroi d'une IPAI, elle refuse également, par voie de conséquence, le versement de l'indemnité journalière et la prise en charge du traitement médical, quand bien même aucune décision formelle relative à la suppression des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical n'est rendue (arrêt TF 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3).

3.5. L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt TF 8C_682/2023 du

24 avril 2024 consid. 3.1.1 et les références). Ainsi, des rapports médicaux établis postérieurement à l'examen de la stabilisation de l'état de santé ne sont pas pertinents (REAS 2023 p. 316 et les références).

3.6. Après stabilisation du cas et pour autant qu'une rente ait été octroyée, la prise en charge du traitement médical se fait aux conditions de l'art. 21 LAA. Cette dernière disposition n'est ainsi pas applicable lorsque l'assuré ne perçoit pas de rente LAA (arrêts TF 8C_191/2011 du 16 septembre 2011; 8C_403/2011 du 11 octobre 2011).

4.

Règles relatives au droit à une rente d'invalidité

4.1. 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. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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).

Selon l'art. 7 LPGA, cette incapacité de gain peut résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Ainsi, en vertu de l'art. 7 al. 2 LPGA, les facteurs extra-médicaux (p.ex. des facteurs psychosociaux et socioculturels) ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain (ATF 143 V 418 consid. 8.1 et les références; 127 V 294 consid. 5a).

4.2. 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 (méthode générale de comparaison des revenus; arrêt TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1 et les références).

4.3. L'évaluation de l'invalidité s'effectuant à l'aune d'un marché du travail équilibré, elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, au regard des sollicitations tant intellectuelles que physiques) d'autre part.

D'après la jurisprudence, il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain, au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises. Restent ainsi exigibles une activité ou un poste de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites « *de niche* » (arrêt TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références; Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité (CIRAI) de l'OFAS [état au 1^{er} janvier 2022], n. 3406).

La jurisprudence a par ailleurs admis que les possibilités de travail sur un marché du travail équilibré sont suffisamment concrétisées dans la mesure où entrent en considération, comme exemples d'activités exigibles, des travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production, ainsi que l'activité de surveillant de musée ou de parking (arrêts TF 8C_134/2020 du 29 avril 2020 consid. 4.5; 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références).

En outre, le Tribunal fédéral a jugé que, pour des personnes considérées comme monomanuelles et limitées à des activités légères, il existait suffisamment de possibilité d'emploi dans un marché équilibré de travail (arrêt TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 5.6 et les références).

5.

Règles relatives à l'appréciation des preuves

5.1. Selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante, applicable dans le droit 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. 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 (arrêt TF 8C_586/2021 du 5 mai 2022 consid. 3.3 et les références).

5.2. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut pas trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre.

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 de l'expert 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 (arrêt TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 et les références).

5.3. Finalement, s'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, il y a lieu de tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et les références).

6.

Objet du litige

Dans le cadre de son recours, le recourant conteste le refus de la rente, plus précisément le taux d'invalidité retenu.

Par ailleurs, dans la mesure où le recourant avait également contesté la stabilisation de l'état de santé dans le cadre de la procédure devant la SUVA (voir partie en fait, let. B), le litige porte également sur la stabilisation de l'état de santé au stade de la présente procédure. Le fait que la SUVA n'ait pas rendu de décision formelle relative à la suppression des indemnités journalières et à la fin de la prise en charge du traitement médical n'est pas déterminant, la suspension des prestations provisoires et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à la rente formant un seul objet du litige (ci-avant: consid. 3.4).

Ainsi, sont litigieux en l'espèce, la stabilisation de l'état de santé et le droit à la rente.

En revanche, le montant de l'IPAI allouée n'est pas contesté.

Pour traiter de ces questions, il convient de revenir sur l'accident et sur l'évolution de l'état de santé.

7.

Accident du 6 juillet 2020, évolution de l'état de santé et première décision de la SUVA

7.1. Le 6 juillet 2020, une pièce de charpente est tombée sur les doigts de la main droite du recourant (doc. 1).

Le jour de l'accident, il a été admis en urgence à la clinique de chirurgie orthopédique où le diagnostic principal de fracture ouverte de la troisième phalange des troisième et quatrième doigts de la main droite a été posé.

7.2. Le 7 juillet 2020, il a subi une réduction fermée et embrochage des deuxième et troisième phalanges au niveau des troisième et quatrième doigts (doc. 14).

Les examens post-opératoires indiquaient une bonne consolidation de la fracture du quatrième doigt. En revanche, il existait une pseudarthrose au niveau du troisième doigt (doc. 58, 62, 72, 83 et 85).

7.3. Le 25 octobre 2021, le Dr C. _____, médecin traitant, spécialiste en chirurgie orthopédique, a vu le recourant. Ce dernier rapportait toujours des douleurs au niveau du troisième doigt. Il indiquait également avoir chuté de sa hauteur avec réception sur le poignet droit et hyperextension dorsale.

L'évolution de la fracture du quatrième doigt était favorable, la consolidation osseuse étant en augmentation. Concernant l'entorse du poignet, il n'y avait pas de fracture mise en évidence (doc. 102).

Le 6 décembre 2021, le médecin précité indiquait que les douleurs persistantes suite à l'écrasement restaient dans la norme. Il conseillait au recourant de reprendre les activités selon les douleurs. A long terme une reconversion professionnelle était souhaitable, puisque des douleurs résiduelles après écrasement de doigts pouvaient empêcher la reprise d'un travail manuel lourd (doc. 121).

7.4. Le 2 février 2022, le recourant a été vu par le Dr D. _____, médecin traitant, spécialiste en neurologie.

L'examen électrophysiologique indiquait une interruption de la continuité nerveuse des branches interdigitales des troisième et quatrième doigts à partir de la troisième phalange. Il s'agissait très certainement d'une section/compression traumatique des branches dans le cadre de la fracture ouverte des mêmes doigts en juillet 2020. Vu le temps écoulé depuis lors, il était fort probable qu'il s'agissait d'une séquelle permanente (doc. 119).

7.5. Le 26 juillet 2022, le Dr E. _____, médecin d'assurance, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, mentionnait qu'aucun traitement médical ne laissait espérer une amélioration notable de l'état de santé.

La capacité de travail était nulle comme charpentier. Toutefois, dans un travail sans port de charge supérieure à 5 kg et sans petite manutention, la capacité de travail pouvait être entière (doc. 158).

7.6. Sur cette base, la SUVA a mis un terme au versement des indemnités journalières à compter du 1^{er} octobre 2022 (doc. 162). Par décision du 22 septembre 2022, elle a nié le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI (doc. 173).

Suite à l'opposition formée par le recourant, la SUVA a annulé les décisions précitées et a procédé à des mesures d'instruction complémentaires.

Elle a repris le versement des indemnités journalières.

7.7. Le 16 mars 2023, le recourant a été vu personnellement par le médecin d'assurance.

Il était, selon ce dernier, frappant de constater la discrépance qui existait entre les troubles décrits par rapport à l'examen clinique et l'examen neurologique de février 2022 qui montraient une interruption de la continuité nerveuse des branches interdigitales des troisième et quatrième doigts à partir de la troisième phalange, alors que le recourant se plaignait d'une anesthésie et d'une allodynie quasi complètes des troisième et quatrième doigts qui remontaient parfois jusqu'à l'épaule.

Le recourant présentait également pas ou peu de mobilité au niveau de ses doigts, alors qu'il n'avait plus eu de traitement que ce soit en ergothérapie, voire en orthopédie depuis fin décembre 2021.

On ne pouvait dès lors pas considérer la situation comme stabilisée. En effet, la situation nécessitait une prise en charge multidisciplinaire avec nouvel examen orthopédique par un spécialiste en chirurgie de la main et un examen neurologique pour expliquer cette anesthésie complète des deux doigts ainsi qu'une prise en charge intensive en ergothérapie pour reconditionnement au niveau des deux doigts.

Dans ce contexte, le médecin d'assurance préconisait une prise en charge à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR) (doc. 208).

8.

Séjour auprès de la CRR

8.1. Du 31 mai 2023 au 5 juillet 2023, le recourant a séjourné auprès de la CRR.

Les plaintes et limitations fonctionnelles du recourant à l'entrée étaient des douleurs des troisième et quatrième doigts, constantes, d'une intensité de 8/10, d'allure constrictive et sous forme de brûlures, péjorées par la flexion des doigts avec une intensité maximale de 9 à 10/10. Les douleurs irradiaient au niveau de la face radiale de l'avant-bras et de la face latérale du bras droit. Le recourant se plaignait également d'une raideur importante des troisième et quatrième doigts avec un manque de force.

Il décrivait aussi des troubles du sommeil, ainsi qu'une baisse de moral et se disait limité dans les activités de la vie quotidienne et épargnait sa main droite en raison des douleurs. Il était notamment gêné pour la toilette, les repas et les courses.

Durant le séjour, les diagnostics secondaires de probable insuffisance cardiaque, hypertension artérielle et diabète de type II ont été posés.

8.2. Sur le plan orthopédique, les radiographies montraient une consolidation de la fracture de la troisième phalange du troisième doigt, avec légère bascule postérieure et un aspect remanié mais sans signe d'arthrose de l'articulation interphalangienne distale. Le recourant avait été vu par le spécialiste en chirurgie de la main qui n'avait pas retenu d'indication chirurgicale et avait conseillé la poursuite de l'ergothérapie. Le recourant avait fait d'excellent progrès au cours du séjour.

Sur le plan psychiatrique, en raison de troubles du sommeil, une médication avait été introduite.

Sur le plan neurologique, l'examen ne montrait pas d'anomalie de la conduction motrice pour les nerfs médian et ulnaire, mais une légère altération de la conduction distale des nerfs interphalangiens des troisième et quatrième doigts. Comparativement à l'examen effectué en février 2022, une légère amélioration était relevée, avec l'apparition d'un potentiel sensitif faible pour la troisième phalange du troisième doigt. Malgré cette amélioration, le pronostic restait réservé quant à la récupération des troubles sensitifs de la pulpe des troisième et quatrième doigts.

8.3. En fin de séjour le recourant avait eu une évaluation des capacités fonctionnelles. Au vu des résultats obtenus au cours de l'évaluation, on pouvait mentionner que le recourant sous-estimait considérablement ses aptitudes fonctionnelles. La volonté de donner le maximum aux différents tests avait été considérée comme incertaine et le niveau de cohérence pendant l'évaluation comme moyen. Au terme de l'évaluation, le niveau d'effort fourni par le recourant correspondait à un niveau d'effort léger à moyen, avec des charges allant de 10 à 15 kg.

Durant le séjour, le recourant avait également été suivi aux ateliers professionnels où il avait travaillé durant des périodes allant jusqu'à 4 heures consécutives. L'évolution avait été favorable durant le séjour et avait permis d'augmenter les contraintes professionnelles pour atteindre des niveaux de charges moyennement lourdes, sans augmentation des douleurs. La mobilisation de la main droite en préhension globale ou pince marteau avait été limitante lors de ports de charges lourdes et répétitives. La préhension fine avait été légèrement limitée à la main droite en raison du manque de sensibilité des troisième et quatrième doigts.

La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. La poursuite d'un traitement d'ergothérapie pouvait permettre de diminuer les douleurs, d'améliorer la force et l'endurance de la main droite et donc d'améliorer les aptitudes fonctionnelles.

Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de 2 à 3 mois.

8.4. Les limitations fonctionnelles provisoires retenues étaient les ports de charges supérieures à 15-20 kg, les ports répétés de charges supérieures à 5-10 kg, les mouvements nécessitant de la force de la main droite, les mouvements répétés de la main droite et les préhensions fines de la main droite.

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

Des facteurs contextuels pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles, notamment une kinésiophobie légère à modérée, un catastrophisme élevé (amélioration à la sortie), une sous-estimation des capacités fonctionnelles (également en amélioration à la sortie) et une cotation élevée des douleurs, chez un patient anxieux.

D'autres facteurs contextuels pouvaient interférer avec le retour au travail, notamment l'absence de contrat de travail, l'absence de formation reconnue en Suisse et la longue période sans travailler.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles mentionnées ci-avant était favorable. Le recourant s'était dit prêt à reprendre une activité professionnelle (doc. 258).

9.

Evolution médicale jusqu'en juin 2024 et décision de la SUVA

9.1. Le 20 août 2023, le Dr F._____, médecin traitant, spécialiste en médecine interne générale, relevait, s'agissant de la symptomatologie douloureuse, qu'une chronicité s'était installée. Les déficits allaient persister et une amélioration notable était peu probable (doc. 265).

Le 29 octobre 2023, il ajoutait que le diabète n'améliorait certainement pas la symptomatologie et était un facteur aggravant.

D'autres examens ou thérapies n'étaient pas prévus (doc. 277).

9.2. Le 3 novembre 2023, le médecin d'assurance mentionnait qu'on ne pouvait attendre de la poursuite du traitement une amélioration notable de l'état de santé.

Le pronostic de réinsertion dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles fixées lors du séjour à la CRR (ci-avant: consid. 8.4) était favorable, avec toutefois certains facteurs contextuels importants, également mentionnés lors du séjour à la CRR (ci-avant: consid. 8.4), limitant une reprise du travail (doc. 279).

Selon les estimations, le recourant avait droit à une IPAI de 5% (doc. 280).

9.3. Lors d'un entretien téléphonique avec la SUVA le 13 novembre 2023, le recourant indiquait que les séances d'ergothérapie pouvaient encore sensiblement améliorer sa situation (doc. 292).

9.4. Par courriel du 14 février 2024, la SUVA informait le recourant que sa situation était stabilisée dans le sens que la poursuite des traitements ne permettait pas d'améliorer l'état de santé. Ainsi, elle entendait mettre fin aux prestations d'indemnité journalière et de frais de traitement avec effet au 29 février 2024 (doc. 309).

9.5. Le même jour, le recourant disait sentir une évolution de sensation, ainsi qu'un progrès au niveau de ses articulations et des muscles de ses doigts grâce à l'ergothérapie. Il précisait contester la fin de la prise en charge du traitement médical et relevait qu'il allait continuer l'ergothérapie pour 18 séances. Il sentait une évolution des sensations de ses doigts, ainsi qu'un progrès des articulations et des muscles des doigts (doc. 310).

Lors d'un entretien téléphonique avec la SUVA le 15 février 2024, le recourant mentionnait contester le fait que sa situation médicale soit stabilisée, puisque l'ergothérapie lui était bénéfique (doc. 312).

9.6. Par correspondance du 16 février 2024, la SUVA indiquait que la situation médicale était stabilisée. Par conséquent, elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2024 (doc. 315).

9.7. Le 26 février 2024, le recourant répétait contester le fait que son état de santé soit médicalement stabilisé car l'ergothérapie lui était bénéfique (doc. 328).

9.8. Par décision du 29 février 2024, la SUVA a nié le droit à une rente d'invalidité, considérant que le degré d'invalidité du recourant s'élevait à 3%, soit un degré inférieur aux 10% ouvrant le droit à une rente.

Une IPAI de 5% a toutefois été allouée (doc. 337).

10.

Rapports et documents produits dans le cadre de la procédure d'opposition

10.1. Le recourant a formé oralement opposition contre la décision de la SUVA.

Il ressort du procès-verbal d'opposition qu'il mentionnait présenter des limitations plus importantes que celles retenues dans la décision, puisqu'il lui arrivait durant la semaine de se retrouver une ou deux fois avec le bras droit entièrement paralysé.

En outre, depuis l'accident, il présentait des problèmes de diabète, d'hypertension et de vertiges qu'il ne présentait pas auparavant.

Par ailleurs, la prise en charge des traitements d'ergothérapie devait être garantie au-delà du 31 mars 2024 (doc. 342).

10.2. Dans un rapport du 18 mars 2024, l'ergothérapeute relevait une absence de sensibilité sur les pulpes et la phalange en dessous des troisième et quatrième doigts, ce qui engendrait une limitation de la dextérité de la main droite pour les pinces avec le majeur et index et la prise globale de la main, ainsi que pour la manipulation de petits objets. La pince pouce-index était préservée.

Le recourant arrivait à faire activement le poing et toucher la paume de la main avec les doigts. Cependant, le serrage était légèrement incomplet par un manque de flexion dans les dernières articulations des troisième et quatrième doigts de la main droite.

La force était relativement bonne avant que le recourant ne chute à vélo, le 5 mars 2024. Depuis, il ressentait des douleurs sur les extenseurs de la main et dans le poignet.

La main gauche et la main droite montraient une valeur quasiment identique. Toutefois, après sa chute à vélo, la force de la main droite avait bien diminué et il présentait des douleurs du poignet et de la partie dorsale de main (doc. 356).

10.3. Le 5 avril 2024, le médecin d'assurance mentionnait que l'ergothérapie devait être prise en charge jusqu'en mai 2024. Un éventuel nouvel examen neurologique n'était pas nécessaire, le dernier examen de février ayant confirmé que les lésions étaient définitives (doc. 363).

10.4. Le 11 avril 2024, le Dr F. _____ relevait que les déficits neurologiques ainsi que les douleurs de la main droite étaient toujours très prononcés. Il s'agissait des suites de la fracture ouverte de juillet 2020 avec persistance des douleurs et des déficits neurologiques. Une lésion permanente des nerfs avait été confirmée par les neurologues. Le recourant était nettement limité dans sa vie quotidienne et une capacité de travail raisonnable n'était pas envisageable.

Le recourant était motivé et suivait des thérapies de manière autonome afin d'améliorer sa situation. Toutefois, les symptômes n'avaient pas évolué au cours des deux dernières années. Il fallait s'attendre à des dommages permanents. Une capacité de gain était très improbable dans cet état (doc. 381).

10.5. S'étant en parallèle annoncé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, ce dernier a, par décision du 23 avril 2024, rejeté la demande de prestations du recourant au motif qu'il n'avait pas cotisé pendant au moins trois années entières dans un Etat-membre de l'UE et en Suisse, dont au moins une année en Suisse (doc. 333 + 377).

10.6. Le 22 mai 2024, le Dr F. _____ précisait que l'ergothérapie régulière avait permis d'améliorer légèrement les douleurs. Il demandait à la SUVA de prendre en charge les frais y relatifs (doc. 381).

10.7. Le 6 juin 2024, le médecin d'assurance indiquait qu'il était probable que la prise en charge de l'ergothérapie requise par le médecin traitant permettait d'éviter une aggravation aiguë de l'état de santé. Trois séries de neuf séances étaient nécessaires (doc. 384).

10.8. Le 17 juin 2024, la SUVA indiquait prendre en charge trois fois neuf séances d'ergothérapie (doc. 386).

11.

Discussion s'agissant de la stabilisation de l'état de santé

11.1. En l'espèce, la SUVA a mis un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical avec effet au 31 mars 2024, considérant que la situation médicale était stabilisée.

Pour sa part, le recourant fait valoir que son état de santé n'était pas médicalement stabilisé dans la mesure où l'ergothérapie lui était toujours bénéfique.

11.2. S'agissant de la stabilisation de l'état de santé, le fait que le traitement médical soit « bénéfique » ne suffit toutefois pas encore pour conclure que l'état de santé n'est pas stabilisé. En

effet, comme il a été vu ci-avant (consid. 3.5), l'amélioration qui doit résulter de la poursuite du traitement médical doit être significative.

Dans le présent cas, il ressort du dossier que, lors du séjour à la CRR en été 2023, les médecins avaient conclu que la situation n'était pas stabilisée, celle-ci étant attendue dans un délai de 2 à 3 mois, soit au mois de septembre ou octobre 2023. La poursuite de l'ergothérapie pouvait permettre de diminuer les douleurs, améliorer la force et l'endurance et donc améliorer les aptitudes fonctionnelles. Le recourant avait également été vu par le spécialiste en chirurgie de la main, lequel n'avait pas retenu d'indication chirurgicale.

Plus tard, en août 2023, le médecin traitant indiquait qu'une chronicité s'était installée et qu'une amélioration notable était peu probable. D'autres examens ou thérapies n'étaient pas prévus. En novembre 2023, le médecin d'assurance relevait qu'on ne pouvait attendre de la poursuite du traitement une amélioration notable de l'état de santé.

Dans ces circonstances, la SUVA était fondée à conclure à une stabilisation de l'état de santé à partir du mois d'avril 2024 et de mettre un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au 31 mars 2024. Les seules indications du recourant selon lesquelles il sentait une évolution des sensations de ses doigts, ainsi qu'un progrès des articulations et des muscles des doigts, ne suffirent pas pour conclure à une sensible amélioration de l'état de santé, ce d'autant plus au vu du fait que tant le rapport de la CRR, les rapports du médecin traitant et ceux du médecin d'assurance vont dans le sens d'une stabilisation à partir du mois d'avril 2024.

Par ailleurs, quand bien même la stabilisation de l'état de santé ne doit pas être évaluée de manière rétrospective, de sorte que seuls les rapports médicaux établis jusqu'au 31 mars 2024 doivent en principe être pris en considération, les rapports établis postérieurement confirment tout de même une stabilisation de l'état de santé.

En effet, le Dr F. _____ relevait, en avril 2024, que le recourant suivait des thérapies afin d'améliorer sa situation, les symptômes n'ayant toutefois pas évolué au cours des deux dernières années. En outre, en mai 2024, il précisait que l'ergothérapie n'avait permis d'améliorer que légèrement les douleurs. Par ailleurs, le médecin d'assurance indiquait, en juin 2024, que l'ergothérapie permettait probablement d'éviter une aggravation aiguë de l'état de santé, ce qui n'indique pas encore une amélioration significative permettant la récupération de la capacité de gain.

Par conséquent, la prise en charge des séances d'ergothérapie par la SUVA au-delà du mois de mars 2024 paraît ainsi favorable au recourant, puisque, dans la mesure où elle avait refusé d'allouer une rente, il ne lui appartenait plus de prendre en charge un éventuel traitement médical (ci-avant: consid. 3.6).

Par ailleurs, la stabilisation de l'état de santé semble également confirmée, à cette époque - à tout le moins au début du mois de mars 2024 -, par la reprise de la pratique du vélo mobilisant la préhension du guidon (ci-avant: consid. 10.2).

12.

Discussion s'agissant du droit à la rente

12.1. En l'espèce, la SUVA a considéré, sur la base du rapport de la CRR et de l'avis du médecin d'assurance, que le recourant était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de

l'industrie, laquelle devait toutefois respecter les limitations fonctionnelles suivantes: pas de port de charge supérieure à 15-20 kg, pas de port de charge répété supérieure à 5-10 kg, pas de mouvement nécessitant de la force de la main droite, pas de mouvement répété de la main droite et pas de préhension fine avec la main droite.

Avec une telle activité, la diminution de la capacité de gain s'élevait à 3%, ce qui était inférieur au taux de 10% ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

12.2. Pour sa part, le recourant conteste le refus de la rente, plus précisément le taux d'invalidité retenu. Il soutient présenter des limitations plus importantes que celles retenues dans la décision querellée, notamment puisqu'il lui arrivait durant la semaine de se retrouver une ou deux fois avec le bras entièrement paralysé.

En outre, il mentionne présenter des problèmes de diabète, d'hypertension et de vertiges qu'il ne présentait pas avant.

12.3. S'agissant des troubles précités, il est d'emblée relevé que, en matière d'assurance-accidents, il ne suffit pas que des troubles ou des symptômes soient apparus après l'accident pour que l'assureur soit tenu de prêter (ci-avant: consid. 2.2). Pour fonder l'obligation de prêter de l'assurance-accidents, il est nécessaire qu'un lien de causalité naturelle et adéquate soit établi sur la base de renseignements d'ordre médical.

En l'espèce, les rapports médicaux ne font pas ressortir de lien de causalité entre l'accident du 6 juillet 2020 et le diabète, l'hypertension et les vertiges du recourant. En outre, le déroulement de l'accident, soit la réception d'une pièce de charpente sur les doigts, n'apparaît pas de nature à causer les troubles physiques précités.

Par conséquent, ces troubles n'ont pas à être pris en charge par la SUVA.

12.4. Pour évaluer la capacité de travail du recourant, la SUVA s'est fondée sur l'appréciation du médecin d'assurance, se basant lui-même sur le rapport relatif au séjour à la CRR du 31 mai 2023 au 5 juillet 2023.

Durant ce séjour, le recourant a participé aux ateliers professionnels où il a pu travailler durant des périodes allant jusqu'à 4 heures consécutives, avec des niveaux de charges jusqu'à moyennement lourdes. La mobilisation de la main droite en préhension globale ou pince marteau avait été limitante lors de ports de charges lourdes répétitives. La préhension fine avait été légèrement limitée à la main droite en raison du manque de sensibilité. Ainsi, les limitations fonctionnelles retenues étaient les ports de charges supérieures à 15-20 kg, les ports de charge répétés supérieures à 5-10 kg, les mouvements nécessitant de la force de la main droite, les mouvements répétés de la main droite et les préhensions fines de la main droite. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles mentionnées était favorable.

Ces limitations fonctionnelles ont été établies à l'issue d'un séjour de plus d'un mois, sur la base d'observations objectives effectuées par des spécialistes. En outre, elles sont corroborées par le rapport de l'ergothérapeute. En effet, dans son rapport de mars 2024, ce dernier indiquait une limitation de la dextérité de la main droite pour les pinces avec le majeur et index et la prise globale de la main, ainsi que pour la manipulation de petits objets. Ces limitations vont ainsi dans le sens de celles retenues à la CRR.

En avril 2024, le Dr F. _____ mentionnait que le recourant était nettement limité dans sa vie quotidienne et qu'une capacité de travail raisonnable n'était pas envisageable. Il n'exposait toutefois pas dans quelle mesure les troubles aux deux doigts du recourant l'empêchaient d'exercer toute activité.

Ainsi, au vu de ce qui précède, il y a lieu de se fonder sur les limitations fonctionnelles établies lors du séjour à la CRR et de conclure à une pleine capacité de travail du recourant dans une activité respectant ces limitations.

12.5. S'agissant de la limitation supplémentaire mentionnée par le recourant, soit de se retrouver avec le bras paralysé une ou deux fois par semaine, celle-ci ne ressort pas des rapports figurant au dossier. Il n'est ainsi pas établi qu'une telle nouvelle limitation – apparemment temporaire et dont rien n'indique en outre qu'elle soit en lien avec l'accident - empêcherait le recourant d'exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées.

Il est ici rappelé que, selon la jurisprudence, les possibilités de travail sont suffisamment concrétisées, notamment pour des postes de surveillance ou de contrôle. De plus, le Tribunal fédéral a même considéré qu'il existait suffisamment de possibilité d'emploi pour des personnes monomanuelles, ce qui n'apparaît toutefois pas établi dans le cas du recourant, celui-ci n'étant limité qu'au niveau de deux de ses doigts.

Par ailleurs, il y a lieu de relever que plusieurs facteurs contextuels, notamment une sous-estimation des capacités fonctionnelles, ont été relevés par les spécialistes de la CRR. Ces éléments, quand bien même ils influenceraient négativement la capacité de travail, ne sont pas de la responsabilité de l'assurance-accidents (ci-avant: consid. 4.1).

12.6. Finalement, s'agissant du calcul du taux d'invalidité effectué par la SUVA, celui-ci n'est, en soi, pas contesté par le recourant.

Il paraît au demeurant conforme à la méthode de comparaison des revenus applicable en la matière (ci-avant: consid. 4.2). Et, pour fixer le revenu d'invalidité, la SUVA s'est fondée sur le niveau 1 de compétence de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, lequel offre des possibilités de travail suffisamment concrétisées.

Par conséquent, le taux d'invalidité de 3% retenu par la SUVA peut être confirmé. Celui-ci étant inférieur aux 10% ouvrant le droit à une rente d'invalidité, le droit à une telle rente doit être nié.

13.

Sort du recours, frais de procédure et indemnité de partie

13.1. Au vu de tout ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée.

13.2. Conformément au principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

13.3. Finalement, aucune indemnité de partie n'est allouée au recourant qui succombe, qui n'est pas représenté et qui n'en a pas demandée (art. 137 ss du code fribourgeois de procédure et de juridiction administrative du 23 mai 1991 [CPJA; RSF 150.1]).

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Il n'est pas perçu de frais de procédure.
- 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 19 mai 2025/anm

Le Président

La Greffière