

200.2017.5.LAA

BEP/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 31 octobre 2017

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
Ph. Berberat, greffier

A. _____

recourant

contre

Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents

Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6002 Lucerne

représentée par Me B. _____

intimée

relatif à une décision sur opposition rendue par cette dernière le 28 novembre 2016



En fait:

A.

Par déclaration de sinistre du 24 juillet 2015, l'entreprise de constructions métalliques dans laquelle travaillait A._____ en tant que monteur depuis le 1^{er} mars 2015 a annoncé à la Suva que son employé était tombé dans les escaliers à son domicile le 21 juillet 2015 et qu'il subissait des blessures ("Prellung" dans les deux cas) au dos, à droite, et à la cheville droite. Les premiers soins ont été prodigués le 24 juillet 2015 dans le service des urgences d'un hôpital. La Suva a pris le cas en charge et alloué des prestations de soins et d'indemnités journalières à l'assuré. Les imageries par résonance magnétique (IRM) effectuées les 6 et 26 août 2015 ont révélé une atteinte de la colonne vertébrale lombaire comprenant deux hernies discales L4/L5 et L5/S1 et une sclérose des facettes articulaires à ce niveau, ainsi qu'une tendinose du tendon d'Achille au pied droit. L'évolution ultérieure s'est avérée insatisfaisante et l'assuré n'a plus repris son travail, ni exercé d'autre activité lucrative depuis l'accident. Le 28 janvier 2016, l'assuré a par ailleurs déposé auprès de l'Office AI Berne une demande de prestations pour adultes de l'assurance-invalidité (AI).

Par décision du 23 mars 2016, confirmée par décision sur opposition du 10 mai 2016, la Suva a mis fin aux prestations d'assurance concernant les troubles du dos avec effet au 12 février 2016, tout en précisant qu'en ce qui concernait les troubles de la cheville droite, elle continuait à prendre en charge les frais de traitement et l'incapacité de travail qui en découlaient (s'agissant des troubles au dos, voir JTA LAA/2016/546 du 30 octobre 2017). Le 12 octobre 2016, la Suva a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au versement de l'indemnité journalière et au paiement des soins médicaux au 31 octobre 2016, se basant sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement selon laquelle on ne pouvait plus attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident, et que la question d'une éventuelle rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2016 serait examinée.

B.

Par décision du 4 novembre 2016, la Suva a nié à l'assuré tout droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, dans la même décision, la Suva a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 10%. Suite à l'opposition formée le 22 novembre 2016 contre cette décision par l'assuré, représenté par un avocat, la Suva a confirmé son prononcé initial par décision sur opposition du 28 novembre 2016.

C.

Par acte posté le 3 janvier et complété le 18 janvier 2017, l'assuré a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision sur opposition précitée. Sous suite des frais et dépens, il conclut en substance à son annulation et, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% et d'une IPAI de 20%, ainsi que, subsidiairement, au renvoi du dossier de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire, mise en œuvre d'une expertise médicale neutre et nouvelle décision. Dans son mémoire de réponse du 20 mars 2017, la Suva, représentée par un avocat, conclut au rejet du recours. Dans sa réplique du 19 avril 2017, le recourant a confirmé ses conclusions.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 28 novembre 2016 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision de l'intimée du 4 novembre 2016 ayant nié le droit du recourant à une rente d'invalidité au sens de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20) et lui ayant octroyé une IPAI de 10%. Au vu des conclusions du recours, l'objet du litige porte sur

l'annulation de cette décision, principalement sur l'octroi d'une rente de 50% et d'une IPAI de 20% et, subsidiairement, sur le renvoi du dossier à l'intimée pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2012 UV n° 2 c. 3.1).

2.2 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'incapacité de gain consiste dans toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son

domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux. Il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGA (art. 18 al. 2 LAA).

2.3 Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'art. 25 al. 1 LAA dispose que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. D'après l'art. 25 al. 2 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité. Il a fait usage de cette délégation de compétence à l'art. 36 de l'ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA, RS 832.202). L'al. 1 de cette disposition prescrit qu'une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. L'al. 2 prévoit que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Dans cette annexe, le Conseil fédéral a édicté un barème des indemnités selon une liste non exhaustive d'atteintes fréquentes et typiques, laquelle a été reconnue comme étant conforme à la loi (ATF 124 V 29 c. 1b). Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste,

on appliquera le barème par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 § 2 de l'annexe 3; ATF 116 V 156 c. 3a).

2.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 125 V 351 c. 3a; SVR 2015 IV n° 28 c. 4.1). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 213 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

2.5 L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin.

Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir d'office l'état de fait déterminant, de sa propre initiative et sans être lié par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ATF 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 125 V 193 c. 2e, 122 V 157 c. 1a; SVR 2009 IV n° 4 c. 4.2.2). L'administration, en tant qu'autorité de décision, et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218 c. 6). Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

3.

3.1 Sur le plan médical, l'intimée a essentiellement fondé sa décision du 4 novembre 2016 sur les rapports de son médecin d'arrondissement des 21 janvier, 30 juin et 19 juillet 2016, qui concluent à l'exigibilité de la part du recourant de l'exercice à plein temps d'une activité lucrative légère adaptée, sédentaire, pouvant être exercée en position assise ou debout, au choix du patient, en évitant les escaliers et les échelles, les positions à genoux ou accroupies, tout comme les terrains en pente ou irréguliers. Sur cette base, l'intimée a procédé à une comparaison des revenus en se

référant, pour le revenu d'invalidé, à cinq descriptions de postes de travail (DPT) adaptés et a retenu que le degré d'invalidité de l'assuré serait nettement inférieur à 10%. Le recourant conteste ces constatations et invoque, certificat de son médecin traitant du 16 décembre 2016 à l'appui, qu'il ressent toujours des douleurs. Il fait valoir que son invalidité est de 30% à 50% au minimum et que l'IPAI à laquelle il a droit s'élève à un taux de 20%, compte tenu des séquelles dont il est victime. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale neutre, dans la mesure où la Suva s'est exclusivement basée sur l'avis de son médecin d'arrondissement, qui est en contradiction avec les certificats qu'il a versés au dossier.

3.2 Dans son rapport du 19 juillet 2016 (dossier [dos.] Suva 149), le médecin d'arrondissement, un spécialiste en chirurgie, a rappelé que le patient connaissait deux pathologies, à savoir un syndrome vertébral de la charnière lombo-sacrée, à droite plus qu'à gauche, sans déficit neurologique, ainsi qu'une souffrance chronique du tendon d'Achille au niveau de la cheville droite, sur rupture partielle. Concernant la cheville droite, il a renvoyé à ses précédents rapports détaillés, qu'il a confirmés, et a constaté la persistance d'une boiterie d'évitement et des difficultés à l'accroupissement, ainsi qu'une limitation partielle de la mobilité active de l'articulation tibio-astragaliennne. Le médecin d'arrondissement a considéré que l'incapacité de travail de l'assuré en tant que monteur métallique était complète et définitive, mais que l'exigibilité médico-théorique permettait une pleine capacité de travail dans des activités parfaitement adaptées, telles que décrites (voir c. 3.1 ci-dessus).

Le médecin d'arrondissement, dont la qualification ne peut être mise en doute, a pris en compte tous les aspects essentiels du dossier. Ses rapports précités des 21 janvier, 30 juin et 19 juillet 2016 se fondent sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assuré et reposent sur un exposé clair des faits. De plus, le recourant n'allègue pas et aucun indice ne révèle que le dossier serait lacunaire et que celui-ci aurait empêché le médecin d'arrondissement de se faire une image complète du cas. Le lien entre ce médecin et l'intimée ne permet pas d'emblée de douter de l'objectivité de l'appréciation de celui-ci, ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (voir c. 2.4 ci-dessus). Sur

ce point, le recourant, pas plus que le dossier, ne laissent apparaître d'élément concret susceptible de démontrer la partialité du médecin d'arrondissement de la Suva. Ce dernier a procédé lui-même à des examens personnels du recourant et a pris en compte l'anamnèse détaillée et les autres documents figurant au dossier de la cause au moment où il a rédigé ses rapports. Le praticien n'a pas négligé les plaintes du patient, qui sont mentionnées dans ses rapports. Dans son appréciation, le médecin de la Suva n'occulte nullement les douleurs exprimées par le recourant. A ce titre, il convient de préciser que prendre en compte ne veut pas dire que le médecin est lié par les limitations fonctionnelles alléguées lorsqu'il se détermine sur l'activité encore exigible (concernant l'appréciation des plaintes, voir notamment ATF 140 V 290 c. 3.3.1 et 136 V 279 c. 3.2.1). Par ailleurs, les conclusions du médecin d'arrondissement de la Suva sont logiques, crédibles et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de ses rapports. En particulier, et contrairement aux allégués du recourant, elles ne s'opposent pas d'emblée aux autres avis médicaux invoqués dans son recours. A cet égard, on relèvera que tous les médecins ayant été appelés à examiner le recourant sont, dans l'ensemble, unanimes quant aux diagnostics posés. En ce qui concerne la capacité de travail résiduelle et l'activité exigible, rien ne permet non plus de déduire des autres avis médicaux une incapacité de travail durable, comme on va le voir ci-dessous.

3.3 Le recourant se réfère essentiellement à deux certificats de son médecin traitant des 16 décembre 2016 et 13 janvier 2017, qu'il a produits en cours de procédure. Dans le premier document du 16 décembre 2016, le généraliste indique qu'après la chute survenue le 21 juillet 2015, le bilan radiologique de son patient présente deux hernies discales, une atteinte dégénérative multiétagée avec spondylarthrose, une arthrose facettaire et un rétrécissement du canal spinal avec protrusions discales L1/L2, L3/L4 et L5/S1 à droite, plus une rupture partielle du tendon d'Achille avec traitement conservateur. Il déclare que le recourant, à ce jour, souffre toujours énormément du dos avec irradiation dans les membres inférieurs, que la station debout prolongée est douloureuse et le port de charges impossible, tout en précisant que ces limitations fonctionnelles ont bien

entendu une incidence importante sur son incapacité de travail, qu'il évalue entre 30% et 50% au minimum au vu des différentes séquelles. Il ajoute encore que suite à ces douleurs chroniques, son patient présente en outre un syndrome dépressif réactionnel. Dans le second certificat du 13 janvier 2017, le praticien s'exprime spécifiquement par rapport à l'atteinte au pied droit du recourant. Il décrit une déchirure partielle du tendon d'Achille du côté droit de 3 cm et indique une importante douleur qui persiste lors des stations debout prolongées, allant de la face externe du pied avec irradiation jusqu'à l'insertion du trijumeau. Il précise que son patient est toujours sous traitement antalgique, anti-inflammatoire et physiothérapeutique et qu'il sera procédé à une infiltration si les douleurs ne s'amendent pas à la fin de la prise en charge par physiothérapie.

Quant aux autres avis médicaux figurant au dossier, leurs diagnostics sont identiques à ceux posés par le médecin d'arrondissement de la Suva et les constatations qui en émanent ne permettent pas de tirer de conclusions divergentes concernant la capacité de travail du recourant en relation avec son atteinte à la cheville droite. Le rapport du 13 mai 2016 de la clinique de réadaptation de C._____ (dos. Suva 106), où le recourant a séjourné du 14 au 25 avril 2016, indique expressément qu'une appréciation différenciée de sa capacité de rendement en relation avec l'atteinte au pied droit n'avait pas été possible en raison de la prééminence des douleurs dorsales exacerbées (qui ne font pas l'objet de la présente procédure) et de l'interruption du séjour du recourant à la clinique. Pour leur part, les rapports des 17 mars et 1^{er} septembre 2016 (dos. Suva 92 et 160) du cabinet du chirurgien orthopédiste consulté par le recourant pour son atteinte au pied droit ne se prononcent pas sur la capacité de travail du patient et font également état d'une prédominance des atteintes dorso-lombaires dans l'état de santé déficient de celui-ci; pour ce qui concerne l'atteinte au tendon d'Achille du pied droit, le rapport du 1^{er} septembre 2016 relève une amélioration, préconise une physiothérapie stabilisante du tronc et conclut qu'il n'y a plus lieu d'entreprendre de mesures orthopédiques supplémentaires au pied droit.

3.4 Cela étant, il faut reconnaître que les avis médicaux au dossier ne démontrent aucunement en quoi la capacité de travail médico-théorique et

le profil d'exigibilité retenus par le médecin d'arrondissement de la Suva seraient sujets à caution, voire erronés. En effet, à leur lecture, on ne peut qu'admettre qu'ils ne remettent pas véritablement en question cette appréciation. Dans son certificat du 16 décembre 2016 précité, le généraliste traitant estime l'incapacité de travail de son patient entre 30% et 50% en tenant compte de l'ensemble des atteintes à la santé diagnostiquées, y compris – et surtout – les troubles lombo-vertébraux constatés, qui, comme on l'a déjà souligné plus haut, ne font pas l'objet de la présente procédure et dont il n'y a dès lors pas lieu de tenir compte, car ils ne sont plus en lien de causalité avec l'accident assuré, comme le jugement de la Cour de céans le confirme (JTA LAA/2016/546). De plus, s'agissant des avis du médecin de famille, le juge peut et doit tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Quant aux autres avis médicaux évoqués plus haut, ils ne se prononcent pas sur la capacité résiduelle de travail du recourant découlant spécifiquement de son atteinte à la cheville droite.

Au vu de ce qui précède, il faut donc conclure que les trois rapports du médecin d'arrondissement de la Suva des 21 janvier, 30 juin et 19 juillet 2016 sont complets, convaincants et satisfont aux exigences jurisprudentielles (voir c. 2.4 et 2.5 ci-dessus). Par ailleurs, leurs constatations et conclusions ne sont pas mises en doute de manière fondée, d'après une vraisemblance prépondérante, par les autres avis médicaux émis jusqu'à la date de la décision sur opposition contestée du 28 novembre 2016, date déterminante en l'occurrence. L'intimée pouvait donc à juste titre se baser sur ces rapports, sans devoir procéder à des mesures d'instruction supplémentaires, et retenir à bon droit une capacité de travail résiduelle du recourant à temps complet dans une activité professionnelle légère adaptée respectant les limitations décrites par son médecin d'arrondissement (voir ci-dessus c. 3.1).

4.

4.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

4.2 Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser sans atteinte à la santé, selon un degré de vraisemblance prépondérante, au moment du début potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 139 V 28 c. 3.3.2, 134 V 322 c. 4.1).

4.3

4.3.1 Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 139 V 592 c. 2.3; SVR 2014 IV n° 37 c. 7.1). Si, après la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou plus dans une mesure exigible de sa part, la jurisprudence admet que le revenu d'invalidité soit déterminé en se basant soit sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée périodiquement par l'Office fédéral de la statistique (OFS), soit sur les DPT de la Suva (ATF 139 V 592 c. 2.3; SVR 2016 UV n° 13 c. 2.2).

4.3.2 La détermination du revenu d'invalidité sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Si la Suva n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT en cas de litige (ATF 139 V 592 c. 6.3, 129 V 472 c. 4.2.2). La jurisprudence a souligné que la

méthode des DPT vise à établir la comparaison des revenus le plus concrètement possible. Par conséquent, les cinq profils de postes de DPT sélectionnés dans chaque cas particulier doivent être à tous égards exigibles de la personne assurée (SVR 2016 UV n° 13 c. 4.6). Cela n'empêche toutefois pas de prendre en compte des postes pour lesquels la personne assurée paraît moins qualifiée pour des raisons étrangères à l'invalidité (comme par ex. un manque de connaissance des langues), si dans le résultat final, tout au plus, seuls de tels postes sont disponibles (SVR 2016 UV n° 14 c. 4.5). En application du système fondé sur les DPT, qui consiste à déterminer les activités adaptées concrètes en fonction de l'évaluation d'exigibilité médicale annexée aux descriptions des places de travail, les abattements ne sont en principe pas justifiés. Il n'y a lieu de procéder à des abattements que si les limitations en matière de rendement ou de temps sont fondées sur le plan médical. Les restrictions spécifiques relatives à la capacité de travail sont du reste prises en compte dans le cadre du choix d'un profil de DPT adapté. Concernant les différentes caractéristiques personnelles et professionnelles (travail à temps partiel, âge, nombre d'années de service, statut de séjour), qui pourraient conduire à un abattement dans le cadre de l'application de l'ESS, les DPT mentionnent, en règle générale, non seulement un salaire moyen, mais également un minimum et un maximum, dans le cadre desquels les circonstances spécifiques du cas d'espèce peuvent être prises en compte (ATF 139 V 592 c. 7.3).

4.4 L'intimée, dans sa décision du 4 novembre 2016 et sa décision sur opposition du 28 novembre 2016, a comparé un revenu mensuel de valide de Fr. 4'307.- avec un revenu mensuel exigible d'invalidé de Fr. 4'449.-, supérieur au revenu de valide, ce qui ne laisse apparaître aucune perte de gain.

4.4.1 L'intimée a estimé le revenu sans invalidité que le recourant aurait été en mesure de réaliser sans atteinte à la santé en tant que monteur métallique sans certificat fédéral de capacité en recueillant des informations auprès de cinq entreprises offrant de tels postes de travail et en se basant sur la moyenne des salaires versés par ces entreprises pour cet emploi en 2016, à savoir Fr. 51'688.- par année (dos. Suva 180). Cette

méthode d'évaluation du salaire de valide, comparable à celle des DPT pour le revenu d'invalidé, n'est pas critiquable et s'avère appropriée aux circonstances du cas d'espèce. En effet, au vu des décomptes de salaire du recourant des mois de mars à juillet 2015 figurant au dossier (dos. Suva 128), relatifs à la période précédant immédiatement l'accident assuré du 21 juillet 2015, on constate que l'employeur de ce dernier, qui le payait à l'heure, ne l'a jamais occupé plus de 107,5 heures par mois et que le nombre d'heures mensuelles travaillées variait fortement. Les revenus réalisés auprès de son dernier employeur ne peuvent dès lors manifestement pas constituer une base fiable pour l'estimation du salaire de valide. Il en va de même des données émanant du rassemblement du compte individuel de cotisation à l'AVS/AI de la caisse de compensation compétente, qui figurent au dossier pour les années de 1984 à 2014 (dos. Suva 115); en effet, pour ce qui concerne la dernière année en question, 2014, une inscription extournée y est mentionnée en tant que personne de condition indépendante, ainsi qu'une autre de cotisations versées par un employeur, dont le montant (Fr. 23'658.-) apparaît tellement bas qu'elles ne peuvent provenir que d'une activité à temps partiel ou très irrégulière. Au surplus, la méthode d'évaluation du revenu d'assuré valide appliquée par l'intimée en l'espèce n'est pas contestée par le recourant et rien au dossier ne permet de la remettre en question.

4.4.2 Pour déterminer le revenu d'invalidé pris en compte de Fr. 4'449.- par mois, l'intimée s'est fondée, en l'absence de revenu effectif, sur cinq DPT compatibles selon elle avec le profil d'exigibilité dressé par le médecin d'arrondissement. Les cinq DPT suivantes ont été sélectionnées par l'intimée (salaires moyens pour l'année de référence 2016; dos. Suva 179): ouvrier sur métaux, polisseur (Fr. 52'767.-), ouvrier dans l'électronique (Fr. 53'226.-), opérateur sur machine (Fr. 53'300.-), mécanicien-opérateur sur laminoir/presse (Fr. 53'800.-) et employé au contrôle et à l'expédition (Fr. 53'850.-). La sélection des DPT a été faite de façon ciblée en tenant compte des restrictions imputables au handicap du recourant, telles qu'elles sont précisées dans le profil d'exigibilité déterminé par le médecin d'arrondissement dans ses rapports des 21 janvier, 30 juin et 19 juillet 2016. Les cinq emplois indiqués dans les DPT en question n'exigent pas de formation particulière, ni un âge ou des connaissances linguistiques

spécifiques (voir sur ces questions TF 8C_17/2011 du 21 avril 2011 c. 6.2). Sur un marché du travail équilibré, ils s'avèrent dès lors indéniablement accessibles au recourant. Il apparaît donc que l'intimée n'a pas outrepassé son pouvoir d'appréciation et a correctement procédé à la comparaison des revenus en se fondant, pour le revenu d'invalidé, sur le salaire moyen des cinq DPT retenues, à savoir Fr. 53'388.- par année ou Fr. 4'449.- par mois.

4.4.3 La comparaison de ce revenu d'invalidé de Fr. 53'388.- par an ou Fr. 4'449.- par mois avec le revenu sans invalidité de Fr. 51'688.- par an ou Fr. 4'307.- par mois laisse d'emblée apparaître que le recourant ne subit aucune perte de gain, dans la mesure où le revenu d'invalidé exigible est plus élevé que le revenu sans invalidité. Le résultat auquel l'intimée est parvenue doit donc être confirmé.

5.

Reste à examiner le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, fixé à 10% par l'intimée. Le recourant fait valoir que ce taux est insuffisant compte tenu des séquelles de l'accident dont il est victime, et qu'il doit être fixé à 20%.

5.1 D'emblée, on soulignera à l'attention du recourant que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est pas fixé en fonction de l'incapacité de travail ou de gain de l'assuré (voir c. 2.3 ci-dessus). La Division médicale de la Suva a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Certes, ces tables ne constituent pas des règles de droit et ne sauraient lier le juge, d'autant moins que le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA spécifie que le taux de l'atteinte à l'intégrité indiqué par le barème vaut comme règle générale, taux qui permet donc des dérogations vers le haut ou vers le bas dans un cas d'espèce. Néanmoins, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à garantir autant que faire se peut l'égalité de traitement des assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (RAMA 1998 p. 236 c. 2a). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci est évaluée d'après le diagnostic médical. En cas de diagnostic identique, l'atteinte à l'intégrité est la même pour tous les

assurés; elle est évaluée de manière abstraite et égalitaire (ATF 124 V 29 c. 3c). A cet égard, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue de la réparation morale au sens du droit civil, qui vise un dommage immatériel individuel et tient compte des circonstances particulières. Contrairement à la fixation de la réparation morale en droit civil, pour l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il y a lieu d'assimiler les séquelles accidentelles semblables et d'établir des règles générales de calcul fondées sur des bases médicales; les handicaps individuels particuliers résultant de l'atteinte à l'intégrité ne sont pas pris en considération. L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité ne dépend dès lors pas des circonstances particulières du cas d'espèce; il ne s'agit pas non plus d'estimer une injustice subie, mais de déterminer sur une base médicale théorique l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale, sans tenir compte de facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 c. 1, 113 V 218 c. 4b; RAMA 1997 p. 207 c. 2a).

5.2 L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité est en premier lieu le devoir du médecin. Il doit en particulier exposer le résultat des examens et déterminer la durabilité et la gravité de l'atteinte (GILG/ZOLLINGER, *Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, 1984, p. 146). Pour ce faire, il doit procéder à une comparaison horizontale des atteintes à l'intégrité figurant dans l'annexe 3 à l'OLAA ou dans celles éditées par la Division médicale de la Suva. En outre, il appartient également au médecin de constater et d'évaluer les atteintes antérieures à l'accident ou qui ne lui sont pas imputables ou, respectivement, les parties d'une atteinte globale. Finalement, le médecin devra encore se prononcer sur la question de savoir si une aggravation est prévisible. Les rapports et expertises émanant des médecins de la Suva ont également entière valeur probante en matière d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, en l'absence d'indices concrets contre une fiabilité du rapport ou de l'expertise. Il appartient à l'administration (et en cas de recours, au juge) de déterminer sur la base des documents médicaux l'indemnité pour atteinte à l'intégrité correspondant à l'atteinte à l'intégrité estimée par les médecins. Il convient de procéder à un contrôle de plausibilité s'agissant de l'estimation des médecins, eu égard aux tables disponibles, et d'examiner précisément si l'expert est parti des conditions légales applicables. Le

médecin doit motiver suffisamment les divergences par rapport aux tables et échelles (THOMAS FREI, *Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung*, 1998, p. 68 ss; ATF 104 V 212).

5.3 En l'espèce, dans son appréciation du 19 juillet 2016 (dos. Suva 150), le médecin d'arrondissement a retenu une atteinte à l'intégrité de 10% en se référant à la table de la Suva n° 5, relative à l'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses (disponible sur le site internet www.suva.ch/fr), considérant que l'atteinte à la cheville droite du recourant était assimilable à une arthrose tibiotarsienne de degré moyen, pour laquelle le barème de la table n° 5 prévoit une atteinte à l'intégrité de 5% à 15%. Le recourant, qui se contente de contester cette évaluation de manière générale en invoquant les séquelles de l'accident dont il a été victime, ne fait valoir aucun argument topique susceptible de mettre en doute cette appréciation, si bien qu'il y a lieu de s'y rallier.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que la Suva, dans sa décision sur opposition du 28 novembre 2016, a prononcé un rejet de l'opposition formée contre sa décision du 4 novembre 2016 et confirmé ainsi le refus d'allouer au recourant une rente d'invalidité au sens de la LAA et l'octroi à celui-ci d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%. Le recours s'avère donc mal fondé et doit être rejeté.

6.2 Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 61 let. a LPGA).

6.3 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni au recourant qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée, bien qu'elle soit représentée par un avocat (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143 c. 4a; RAMA 1990 p. 195).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant,
 - au mandataire de l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).