

200.2018.416.LAA
N° AVS
DEJ/REN

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

Jugement du 13 janvier 2020

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli, juge
J. Desy, greffier

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

C. _____ SA
intimée

relatif à une décision rendue sur opposition par cette dernière le 2 mai 2018



En fait:

A.

Par déclaration d'accident LAA du 7 avril 2015, l'employeur de A. _____ a annoncé à son assureur-accidents, C. _____ SA, que, le 4 avril 2015, son employé s'était blessé (coupure) à un doigt de la main droite en utilisant une scie à viande. L'assureur-accidents a pris le cas en charge et a alloué les prestations légales liées à l'évènement précité. Par décision du 12 septembre 2017, après avoir diligenté une expertise pluridisciplinaire, le même assureur-accidents a, d'une part, mis fin aux prestations versées (prise en charge des frais médicaux et indemnités journalières) à compter du 28 février 2017 (toutefois sans demander la restitution des prestations perçues jusqu'au mois de septembre 2017) et, d'autre part, refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).

B.

Nonobstant l'opposition formulée par l'assuré, représenté par un mandataire professionnel, à l'encontre de cette décision, l'assureur-accidents a confirmé sa position par décision sur opposition du 2 mai 2018.

C.

Par acte du 31 mai 2018, le prénommé, représenté par le même mandataire professionnel, a porté la cause devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en concluant à l'annulation de la décision sur opposition précitée et à l'octroi d'une rente d'invalidité d'un montant correspondant à son degré d'invalidité et d'une IPAI correspondant à la gravité des dommages causés à son intégrité, ou, à titre subsidiaire, au renvoi de la cause à l'assureur-accidents pour instruction complémentaire et nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens. L'assuré a également joint une requête d'assistance judiciaire et demandé la désignation de son mandataire en tant qu'avocat d'office.

Dans sa réponse du 3 septembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition, sous suite de frais et dépens. Le 1^{er} octobre 2018, le recourant a présenté la note d'honoraires de son mandataire.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 2 mai 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette l'opposition qui s'en prenait à la décision du 12 septembre 2017 dans la mesure où cette dernière passait au stade de l'examen du droit à des prestations de longue durée et refusait tant une rente d'invalidité qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). Sont contestés la capacité de travail encore exigible du recourant, de même que les calculs du taux d'invalidité et d'IPAI.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, 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] et art. 15 et 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 deux 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]), le recours s'avérant manifestement mal fondé.

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 Le 1^{er} janvier 2017 sont entrées en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20) et la modification du 9 novembre 2016 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA, RS 832.202). Pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit (al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification de la LAA du 25 septembre 2015).

2.2 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).

2.3 Selon 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.

2.4 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 (anc. art. 18 al. 1 LAA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016; l'art. 18 al. 1 LAA actuellement en vigueur a la même teneur mais exclut les accidents survenus après l'âge ordinaire de la retraite). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de

longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain 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 exigibles (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). 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).

2.4.1 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; SVR 2017 IV n° 52 c. 5.1).

2.4.2 Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 143 V 295 c. 2.2). 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'invalidé 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 descriptions de postes de travail (DPT) de la Suva (ATF 143 V 295 c. 2.2).

2.5 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.

2.5.1 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 OLAA. 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).

2.5.2 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). 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; à cet égard, 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).

2.6 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4).

2.7 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 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 En l'espèce, il est incontesté et établi que le recourant a subi un accident professionnel (au sens de l'art. 7 LAA) le 4 avril 2015 en se coupant profondément l'index de la main droite en utilisant une scie de boucher à son lieu de travail. Demeure litigieuse la question du droit à une rente d'invalidité et à une IPAI, étant précisé à ce stade que le recourant ne prétend d'aucune façon, dans son recours, à la continuation du versement des indemnités journalières ou à la prise en charge des éventuels nouveaux frais médicaux, et ne remet pas en question la stabilisation de son état de santé.

3.2 Les thèses des parties sont les suivantes.

3.2.1 L'intimée a retenu, en se basant sur une expertise médicale pluridisciplinaire qu'elle a diligentée, que la situation médicale du recourant est stabilisée dès le 28 février 2017. Au regard des conclusions de cette même expertise, elle a considéré que le recourant était en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée et que la comparaison des revenus de valide (après parallélisme du revenu de valide perçu avant l'accident) et d'invalidé (pleine capacité de travail dans une activité adaptée) n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. Toujours sur la base de la même expertise, considérant que les déficiences des phalanges intermédiaire et finale de l'index droit n'étaient pas équivalentes à une amputation, elle a également retenu qu'il n'existait pas de droit à une IPAI.

3.2.2 Se basant également sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire précitée, le recourant rétorque qu'il ne peut plus travailler qu'à 80% au maximum et allègue qu'il ne lui est pas possible de réaliser le revenu avec invalidité retenu par l'intimée, eu égard notamment à sa formation professionnelle limitée et à ses manques de connaissance d'allemand. Par ailleurs, il prétend à une IPAI en raison des conséquences fonctionnelles de son atteinte à l'index droit, conséquences selon lui similaires à une amputation, ce qu'a nié à tort l'intimée. Enfin, le recourant s'étonne que l'intimée ait rendu sa décision avant celle de l'Office AI, qui instruit sa demande de prestations.

3.3 Quant aux faits principaux ressortant du dossier, ils sont les suivants.

3.3.1 Comme déjà mentionné ci-dessus, le recourant s'est profondément coupé l'index de la main droite en utilisant une scie de boucher le 4 avril 2015, à son lieu de travail. Cet événement a été considéré comme accident professionnel par l'intimée, qui a pris en charge ses conséquences, soit les frais médicaux et l'incapacité de gain. Les médecins traitants ont attesté une incapacité complète de travail au recourant jusqu'au 31 août 2015, date à partir de laquelle une capacité de travail de 75% lui a été attestée, ce jusqu'au 6 mars 2016. Depuis lors et selon les pièces au dossier, une incapacité de travail de 50% est attestée médicalement.

3.3.2 Sur le plan médical, il ressort du dossier qu'une expertise pluridisciplinaire (médecine générale, chirurgie de la main, psychiatrie et neurologie), organisée conjointement par l'intimée et l'Office AI Berne, a eu lieu début 2017 (examens du 9 au 13 janvier et rapport final du 7 février). A titre de diagnostics, les experts ont énoncé des difficultés à la flexion avec des douleurs persistantes des deux dernières phalanges de l'index blessé, de même qu'une hyposensibilité des mêmes phalanges, ainsi que des facteurs psychologiques et un comportement liés à l'accident (ch. F54 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), et finalement une suspicion de consommation excessive d'alcool et un status après Ulcus Ventriculi. Quant à la capacité de travail du recourant, les experts ont commencé par définir l'activité exercée avant l'accident, à savoir une activité exercée à 100% dans un supermarché (*allrounder*), 80% en tant qu'employé polyvalent (notamment dans le secteur des légumes) et 20% dans le domaine de la boucherie (domaine dans lequel le recourant avait acquis une certaine expérience au travers de ses expériences professionnelles passées). Sur cette base, les experts ont considéré que le recourant pouvait travailler à 80% dans son ancienne activité; ils ont également précisé que l'ancienne activité exercée dans le domaine de la boucherie n'était plus possible en raison des défauts de sensation et d'hypersensibilité au froid du doigt blessé (voir les ch. 7.7.1, 8.6 et 8.7 de l'expertise). Dans une activité adaptée (pas de ports de charges de plus de 20 kg, pas d'exposition durable au froid, pas de travail manuel de grande précision), les experts estiment que la capacité de travail est entière (voir les ch. 7.8.3 et 8.7).

4.

4.1

4.1.1 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 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

4.1.2 L'expertise pluridisciplinaire susmentionnée n'est pas véritablement remise en question par les parties. Dans la mesure où cette expertise procède d'une anamnèse minutieuse de l'ensemble des documents au dossier et apparaît ainsi complète, se révèle fortement documentée, précise et comprend également les rapports personnels des examens auxquels les différents experts ont procédé, il y a lieu de la considérer comme probante.

4.2 Le recourant ne remet nullement en question cette expertise pluridisciplinaire sur le plan médical, mais interprète différemment ses conclusions. Ainsi, lorsqu'il fait valoir que, selon les experts, il n'est plus capable de travailler à davantage que 80%, c'est effectivement le cas dans l'activité exercée jusqu'alors (soit à 80% en tant qu'employé polyvalent dans le supermarché [notamment dans le secteur des légumes] et à 20% en tant que boucher selon les informations données aux experts et non contestées), étant également précisé que l'activité de boucher n'est plus exigible (voir ci-avant c. 3.2.2). Par contre, les experts ont également considéré qu'il existe une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir une activité sans port de charges de plus de 20 kg, sans exposition de longue durée au froid et sans demande de précision importante (voir en particulier le ch. 7.8.3 de l'expertise). Certes, la capacité de travail du recourant est limitée à 80% dans son activité actuelle en raison de l'inexigibilité de son travail de boucher, mais sa capacité de travail est complète dans une activité adaptée, ainsi que cela ressort sans équivoque de l'expertise pluridisciplinaire. Quant à l'avis médical exprimé le 31 octobre 2017 par un médecin spécialisé en médecine générale et en médecine du travail et consulté par le recourant, il ne remet pas véritablement en question les conclusions de cette expertise pluridisciplinaire (voir dos. intimée Z170). Quand bien même le médecin

précité atteste en effet une capacité de travail de 75% au maximum, on comprend qu'il se réfère à la profession de boucher exercée jusqu'alors (*Arbeitsmesser, als Metzger*), activité précisément définie comme n'étant plus exigible par les experts.

5.

Le recourant prétend tout d'abord à une rente d'invalidité versée par l'intimée. Il s'agit ainsi de comparer le revenu réalisé avant l'accident du 4 avril 2015 avec le revenu encore réalisable, en se référant notamment à l'expertise pluridisciplinaire susmentionnée.

5.1 Le recourant réalisait, selon son employeur, un revenu de Fr. 45'000.- par année (soit 12 mois à Fr. 3'750.-) avant l'accident survenu le 4 avril 2015 (voir le formulaire d'annonce d'accident, dos. intimée Z1).

5.1.1 A l'instar de l'intimée, il faut constater que ce montant s'avère inférieur au salaire usuel de la branche de travail. Ainsi, se référant de toute évidence au métier de boucher exercé (en partie) par le recourant, l'intimée a considéré qu'un "Assistant de fabrication de l'alimentation" (Table ESS 2014 T17 ch. 94) âgé de 30 à 49 ans peut réaliser en moyenne un salaire mensuel de Fr. 4'035.-. En adaptant ce salaire à la durée moyenne de travail hebdomadaire en 2015 (soit 41,7 heures alors que les ESS se basent sur une durée de travail hebdomadaire de 40 heures) et en tenant compte de l'évolution du salaire (coefficient de 100 en 2014, 100,4 en 2015), l'intimée a retenu un salaire hypothétique annuel, en 2015, de Fr. 50'679.75 (Fr. 4'035.- x 12 / 41 heures x 41.7 heures x 0.4%), plus élevé que celui réalisé par le recourant. On notera encore, au vu des informations données par le recourant aux experts concernant son emploi à 80% dans le supermarché et seulement 20% dans le domaine de la boucherie, que l'on pourrait également utiliser la rubrique "Commerce de détail" (Table ESS 2014 TA1 ch. 47) et considérer un salaire de Fr. 4'767.-, soit, après les mêmes corrections que ci-dessus, un salaire annuel de Fr. 59'873.70 (Fr. 4'767 x 12 / 40 x 41,7 x 0,4%), également plus élevé que celui réalisé par le recourant.

5.1.2 Or, lorsqu'une personne assurée réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (p. ex. faible formation scolaire, absence de formation professionnelle, manque de connaissances linguistiques), sans que cela résulte d'un choix délibéré, il convient de tenir compte de cette circonstance lors de l'évaluation de l'invalidité d'après l'art. 16 LPGA en effectuant un parallélisme des deux revenus à comparer. C'est la seule méthode garantissant le respect du principe qui veut que les facteurs étrangers à l'invalidité réduisant le salaire ne soient, soit pas du tout pris en considération, soit comptés de façon égale dans les deux revenus à comparer. En pratique, le parallélisme peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidité en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 141 V 1 c. 5.4, 135 V 58 c. 3.1; SVR 2018 UV n° 33 c. 2.2.3; voir également, spécifiquement au domaine de l'assurance accident: par exemple TF 8C_537/2016 du 11 avril 2017).

5.1.3 En l'espèce, il apparaît que le revenu relativement bas du recourant ne résulte pas véritablement d'un choix délibéré, mais bien davantage des conséquences de son absence de formation et des difficultés linguistiques, le recourant, de nationalité turque travaillant précisément dans un supermarché turc. Or, son revenu annuel de Fr. 45'000.- est de 11,2% inférieur au premier salaire indiqué ci-dessus ("assistant de fabrication de l'alimentation"; $[\text{Fr. } 50'679.75 - \text{Fr. } 45'000.-] \times 100 / \text{Fr. } 50'679.75$) et de 24.85% dans le second cas ("commerce de détail"; $[\text{Fr. } 59'873.70 - \text{Fr. } 45'000.-] \times 100 / \text{Fr. } 59'873.70$), soit, dans les deux cas, une différence largement supérieur à 5%. Lorsqu'il est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche, le revenu effectivement réalisé est nettement inférieur à la moyenne au sens de la jurisprudence et il peut – si les autres conditions sont réalisées – justifier un parallélisme des revenus à comparer. Ce parallélisme doit néanmoins seulement porter sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5% (ATF 135 V 297 c. 6.1.2 et 6.1.3). Les conditions de la déduction résultant du parallélisme des revenus à comparer et de l'abattement pour circonstances personnelles et professionnelles sont dans une relation d'interdépendance, dans la mesure

où les mêmes facteurs qui ont une influence sur le revenu ne peuvent pas justifier à la fois une déduction en raison du parallélisme des revenus à comparer et un abattement pour circonstances personnelles et professionnelles. Un tel abattement se limitera dès lors en général aux circonstances relatives à l'atteinte à la santé et n'épuisera plus le maximum de 25% admissible pour l'ensemble des facteurs étrangers à l'invalidité et dus à cette dernière (ATF 135 V 297 c. 5.3 et 6.2, 134 V 322 c. 5.2 et 6.2).

5.1.4 Pour procéder au parallélisme des revenus, il y a ainsi lieu d'augmenter le revenu du recourant de 6.2 % dans le premier cas (11.2% - 5%) et de 19.85% dans le second cas (24.85% - 5%). Toutefois, à l'inverse de ce qu'a effectué l'intimée, lorsque le revenu de valide effectivement perçu est augmenté dans le cadre du parallélisme des revenus, il doit être relevé à 100% et non pas servir de base de calcul à 100% (SVR 2018 IV n° 9 c. 2.2.3). Ainsi, le revenu de valide réalisé par le recourant, à savoir Fr. 45'000.- correspond à 93,8% (100% - 6.2%) ou à 80.15% (100% - 19.85%) du revenu de valide après parallélisme et doit être augmenté jusqu'à 100%, soit des revenus de valide corrigés de Fr. 47'974.40 (Fr. 45'000.- / 93.8 x 100) ou de Fr. 56'144.70 (Fr. 45'000.- / 80.15 x 100).

5.2 Il s'agit ensuite d'examiner le revenu que peut réaliser le recourant après son accident.

Sur le vu de ce qui précède (voir ci-avant c. 3.3.2 et 4.2), il apparaît que le recourant est en mesure d'exercer une activité adaptée professionnelle à 100%, qu'il ne met toutefois pas à profit. La démarche de l'intimée de se référer aux ESS pour la détermination du revenu avec invalidité se justifie ainsi sur le principe (ATF 143 V 295 c. 2.2). Au vu de l'absence de formation certifiée du recourant ainsi que du profil d'exigibilité retenu par les experts, l'intimée s'est référé à l'ESS TA1, Total, Homme, niveau de compétence 1 et a estimé que le recourant pourrait réaliser un revenu de l'ordre de Fr. 5'312.- par mois en 2014, puis l'a indexé en 2017 pour arriver à un résultat de Fr. 67'656.25 (Fr. 5'312.- x 12 / 40 heures x 41,7 heures x 0.4% [évolution du salaire 2015] x 0.7% [évolution du salaire 2016] x 0.7% [évolution du salaire 2017]), soit un revenu supérieur à celui obtenu avant l'accident du 4 avril 2015 et après parallélisme (voir ci-avant c. 5.1.4). Il en va de même si l'on utilisait la rubrique "Commerce de détail" (Table ESS

2014 TA1 ch. 47) et que l'on considérerait un salaire de Fr. 4'767.-, soit, après les mêmes corrections que ci-dessus, un salaire annuel en 2017 de Fr. 60'714.90 (Fr. 4'767 x 12 / 40 x 41,7 / 0,4% x 0.7 % x 0.7%), soit également un revenu supérieur à celui du recourant avant l'accident survenu en avril 2015, même après parallélisme. On précisera encore à ce stade que les experts n'ont pas attesté de diminution de rendement. Par ailleurs, concernant un éventuel abattement à appliquer sur le revenu avec invalidité précité, il en a déjà été tenu compte dans la détermination du revenu de valide en procédant à un parallélisme (voir ci-avant c. 5.1.2 et 5.1.3), si bien qu'un tel abattement doit se limiter en principe aux circonstances relatives à l'atteinte à la santé (ATF 135 V 297 c. 5.3 et 6.2, 134 V 322 c. 5.2 et 6.2). Or, en l'espèce, même si les experts médicaux attestent certaines difficultés liées au doigt blessé, ils ne reconnaissent aucune diminution de rendement dans une activité adaptée. A l'instar de l'intimée, on peut toutefois admettre un abattement de l'ordre de 5% sur les revenus statistiques, motif donné que le recourant ne peut plus porter des charges de plus de 20 kg avec les deux mains, ne peut plus travailler durablement dans un environnement froid et souffre d'une incapacité d'accomplir un travail de précision, soit des circonstances spécifiquement liées à l'atteinte à l'index droit. Les autres difficultés liées à la langue (recourant ne parlant qu'imparfaitement l'allemand et le français) ou à l'absence de formation professionnelle, ainsi que le fait valoir le recourant, ont précisément été prises en compte en procédant au parallélisme du revenu de valide. Pour autant, même en procédant à l'abattement de 5% des revenus statistiques énumérés ci-dessus, soit Fr. 64'273.45 (Fr. 67'656.25 x 95%) en utilisant la rubrique "Total" de l'ESS TA1 et Fr. 57'679.15 (Fr. 60'714.90 x 95% en utilisant la rubrique "Commerce de détail" de l'ESS TA1), ces montants sont toujours supérieurs au revenu réalisé avant l'accident du 5 avril 2015.

5.3 Au vu de ce qui précède, il apparaît que la situation du recourant ne lui ouvre pas le droit à une rente d'invalidité au sens de l'assurance accidents.

6.

Le recourant prétend également à une IPAI.

6.1 L'intimée a refusé au recourant une IPAI en se basant sur l'expertise pluridisciplinaire susmentionnée, laquelle retient que la situation du recourant n'est pas équivalente à la perte de deux phalanges d'un doigt (voir annexe 3 de l'OLAA; voir ch. 7.9 de l'expertise).

6.2 Au sens de l'Annexe 3 OLAA, la perte d'une phalange du pouce ou d'au moins deux phalanges d'un autre doigt engendre un degré d'IPAI de 5%. L'annexe 3 al. 2 OLAA prévoit également que la perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci et qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué.

6.3 On peine à comprendre l'argumentation du recourant à ce propos. Celui-ci fait valoir une perte de sensibilité au toucher, un manque de dextérité et une difficulté à appréhender les changements de température, de même qu'il allègue ne plus pouvoir effectuer certains gestes de la vie de tous les jours, comme tenir une tasse de café, et ne peut plus pincer entre le pouce et l'index, si bien que sa situation se révélerait identique à une amputation de l'index droit. Or, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas d'espèce et il ne s'agit pas non plus d'estimer une injustice subie, mais bien de déterminer sur une base médicale théorique l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale, sans tenir compte de facteurs subjectifs. En l'espèce, il est certain que le recourant n'a pas subi d'amputation, ce qu'il ne fait d'ailleurs pas valoir, se limitant à énoncer que son atteinte engendre des conséquences identiques à une telle amputation, se référant à ce propos à l'annexe 3 al. 2 OLAA. Les experts n'ont nullement nié les difficultés vécues par le recourant, en soulignant notamment les déficits de sensation liés à la blessure à cet index, de même que la sensibilité au froid. Pour autant, ces mêmes experts – externes à l'intimée – ont considéré que l'atteinte du recourant, sur le plan médico-théorique, ne pouvait être assimilée à une amputation de deux

phalanges. Le Tribunal ne voit pas de raisons de s'écarter de l'avis des experts (ni d'ailleurs de requérir l'établissement d'une nouvelle expertise), Au demeurant, il ne saurait être question d'une perte totale de l'usage de l'index droit, si bien qu'il y aurait lieu, cas échéant, de diminuer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en dessous de 5%, ce qui aboutirait quoi qu'il en soit à la négation du droit à une indemnité (voir ci-avant c. 6.2).

6.4 Sur le vu de ce qui précède, le recourant ne peut prétendre à une IPAI.

7.

Le recourant s'étonne finalement que l'intimée ait rendu une décision concernant une éventuelle rente d'invalidité alors même qu'une procédure est encore pendante devant les Autorités d'application de l'AI.

7.1 Ainsi que le relève l'intimée dans sa réponse, point n'est besoin d'attendre la décision de l'AI pour clore le cas selon la LAA. La réserve figurant à l'art. 19 al. 1 1^{ère} phr. LAA concernant des mesures de réadaptation de l'AI ne concerne que les mesures propres à influencer le droit à la rente de l'assurance-accidents (ATF U 79/07 du 21 février 2008 c. 3.2 et jurisprudence citée). Tel n'est manifestement pas le cas en l'espèce au vu de ce qui précède.

7.2 C'est le lieu de préciser également qu'il peut être renoncé à éditer le dossier de la demande de prestations AI déposée par le recourant. En effet, les éléments ressortant du dossier de l'intimée permettent de juger de la présente procédure à suffisance.

8.

8.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

8.2 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni au recourant qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée; l'octroi de dépens à un assureur

pratiquant l'assurance-accidents obligatoire rendrait en effet le principe de la gratuité illusoire (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143).

8.3 Le recourant a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire et la désignation de son représentant en qualité de mandataire d'office.

8.4.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances et des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de chances de succès (art. 29 al. 3 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 [Cst., RS 101] et art. 61 LPGA en lien avec l'art. 111 al. 1 LPJA).

8.4.2 En l'espèce, le recourant a joint à son recours un décompte de la Caisse de compensation du canton de Berne faisant état d'un versement de Fr. 2'289.60, soit 28 jours d'indemnités entre le 9 avril 2018 et le 6 mai 2018 (dans le cadre de mesures de réadaptation; voir les PJ 4 et 5 du recours). Il est ainsi manifeste que la condition formelle de l'assistance judiciaire est réalisée, l'épouse du recourant ne travaillant que quelques heures par semaine et le couple ayant deux enfants à charge. En ce qui concerne la condition matérielle posée pour l'octroi de l'assistance judiciaire, on ne saurait déclarer que la cause était d'emblée dépourvue de toute chance de succès (ATF 140 V 521 c. 9.1). Par ailleurs, vu la complexité de la matière juridique et médicale, on ne peut nier par ailleurs le caractère justifié d'un mandataire professionnel devant le TA (ATF 103 V 46 c. 1b). La requête peut dès lors être admise et l'assuré mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Ainsi, l'avocat qui a représenté le recourant durant la présente procédure est désigné en qualité de mandataire d'office. La requête doit dès lors être admise et le recourant mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Partant, les frais de procédure sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire.

8.4.3 La note d'honoraires du 1^{er} octobre 2018 de l'avocat du recourant, laquelle fait montre d'honoraires à hauteur de Fr. 2'375.- pour 9,5 heures de travail au tarif horaire de Fr. 250.-, ne porte pas à la critique. Les honoraires de l'avocat du recourant sont ainsi taxés à Fr. 2'375.- auxquels

s'ajoutent Fr. 72.80 de débours et la TVA. Eu égard à la jurisprudence du TF relative à la rétribution des défenseurs d'office (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 2'124.70 au titre du mandat d'office, à savoir des honoraires de Fr. 1'900.- (9,5 heures à Fr. 200.-, selon l'art. 1 de l'ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocats et avocates commis d'office [ORA, RSB 168.711]), des débours de Fr. 72.80 et la TVA sur ces montants de Fr. 151.90 (voir aussi les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], ainsi que l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811]).

8.4.4 Le recourant doit en outre être rendu attentif à son obligation de remboursement (envers le canton et son avocat) s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire est admise et Me B._____ est désigné avocat d'office.
3. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
4. Les honoraires de Me B._____ sont taxés à Fr. 2'375.-, auxquels s'ajoutent les débours par Fr. 72.80 et la TVA; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 2'124.70 (honoraires: Fr. 1'900.-, débours: Fr. 72.80 et TVA: Fr. 151.90) au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer envers le canton prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par son mandataire,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification 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).