

S2 13 11

JUGEMENT DU 17 SEPTEMBRE 2013

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Pierre Zufferey et Thomas Brunner, juges ; Pierre-André Gabioud, greffier

en la cause

X_____, recourant, représenté par Maître A_____

contre

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),
intimée**

(taux d'invalidité ; activité exigible ; troubles psychiques ; causalité)

Faits

A. Monteur dans une entreprise de construction métallique, X_____, né en 1957, est assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA). Le 16 mars 2011, il a chuté d'une échelle, dans le cadre de son travail, d'une hauteur de 1,3 m. environ, et a subi une fracture sous-capitale de l'humérus gauche, une fracture du septum nasal, une fracture de l'épine nasale antérieure et une fracture de la paroi médiale du sinus maxillaire droit. Seul un traitement conservateur a été entrepris.

Après un séjour de l'assuré du 7 septembre au 25 octobre 2011 à la Clinique B_____ et l'échec d'une reprise du travail à 50%, une septo-turbinoplastie (déviation de la cloison nasale) a été pratiquée le 23 janvier 2012 par le Dr C_____, laquelle n'a toutefois pas permis une reprise du travail. Le requérant a alors séjourné une nouvelle fois à la B_____ du 17 avril au 4 mai 2012 où il a été constaté que la situation médicale était stabilisée et que la reprise d'une activité de monteur en construction métallique n'était plus envisageable. L'assuré était en revanche apte à reprendre à 100% une activité adaptée ne demandant pas le port de charges lourdes ou en porte-à-faux, ni l'utilisation du membre supérieur gauche au-dessus du plan horizontal. Cette appréciation a été confirmée lors de l'examen médical final du 2 août 2012 chez le médecin d'arrondissement de l'intimée (MA).

B. Pour tenir compte des séquelles de l'accident, la CNA a, par décision du 23 août 2012, alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 19% dès le 1^{er} octobre 2012 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. X_____ a formé opposition contre cette décision le 14 septembre 2012 en alléguant que son médecin traitant, le Dr D_____, ainsi que les médecins de la B_____ lui reconnaissaient une incapacité de travail totale, même dans une activité adaptée. La CNA a rejeté ces griefs par décision sur opposition du 11 décembre 2012 et a confirmé la décision querellée.

C. En temps utile, soit le 25 janvier 2013, X_____ a recouru céans. Estimant que l'intimée avait arbitrairement constaté les faits dans la mesure où elle n'avait pas pris en considération l'avis de son médecin traitant et le fait qu'il présentait - outre ses problèmes au niveau de l'épaule - deux autres pathologies invalidantes, à savoir des troubles respiratoires et des douleurs chroniques et aiguës au niveau du nez et de la face ainsi que des céphalées et des troubles de type psychiatrique. Il a ainsi conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision entreprise, à l'aménagement d'une expertise tendant à déterminer sa réelle capacité de travail, et à ce qu'une rente d'invalidité de 100% lui fût allouée.

La CNA a déposé le dossier de l'assuré et sa réponse au recours le 8 avril 2013. Elle a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition.

Le recourant a répliqué le 13 mai 2013 en alléguant poursuivre un traitement de physiothérapie à E_____ ainsi qu'une psychothérapie à F_____. Il a en conséquence réitéré sa demande d'expertise médicale.

Le 13 juin 2013, l'intimée a maintenu intégralement ses conclusions.

L'échange d'écritures a été clos le 14 juin 2013. Le 20 juin suivant, le recourant a encore déposé un courrier de son médecin traitant du 18 juin 2013 attestant le suivi d'une psychothérapie depuis plus d'un an d'abord chez le Dr G_____ à F_____, puis chez le Dr H_____ à I_____.

Considérant en droit

1. Le litige porte uniquement sur la quotité de la rente allouée, que le recourant voudrait porter à 100%. Le taux ainsi que le montant de l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité n'ayant pas été contestés, la décision du 23 août 2013 est entrée en force sur ce point (ATF 119 V 347 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 27/04 du 15 mars 2005 consid. 3 ; TC S2 11 107 du 8 mai 2012).

2.1 Selon l'article 18 alinéa 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'article 7 LPGA dispose qu'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 (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). Enfin, 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).

2.2 Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité éventuelle, 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 médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 s. consid. 2 ; 132 V 99 consid. 4).

Ce n'est toutefois pas l'évaluation médico-théorique de la capacité de travail qui est déterminante pour fixer le taux d'invalidité, mais bien la limitation, imputable aux séquelles accidentelles, des possibilités de gain sur l'ensemble du marché du travail équilibré entrant en considération pour l'assuré. L'invalidité est donc avant tout une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique et ne se

confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin ; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 ; 105 V 207-208 ; TC S2 11 16 du 4 juillet 2011).

C'est le lieu de rappeler à l'assuré qu'il a l'obligation de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé ; il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 115 V 53 ; 114 V 285 consid. 3 ; 111 V 239 consid. 2a). S'il a le choix entre plusieurs activités, il doit mettre à profit sa capacité de travail dans la plus rentable de ces activités en vertu de son obligation de réduire le dommage (ATF 113 V 28 consid. 4a et les références). Ce principe fondamental lui impose de mettre en œuvre tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son accident, fût-ce au prix d'un effort considérable (ATF 117 V 278 consid. 2b et 400 consid. 4b ; 115 V 53 consid. 3d).

Enfin, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en considération pour juger de la présence d'une incapacité de gain au sens de l'article 7 alinéa 2 LPGA. Les pertes de gain imputables à des facteurs étrangers à l'accident (tels que la formation scolaire ou professionnelle insuffisante, l'âge avancé ou des motifs d'ordre personnel) ne peuvent être prises en compte dans l'estimation de l'invalidité (ATF 107 V 21 consid. 2c ; RCC 1989 p. 324 consid. 2b).

2.3 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Celle-ci s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des deux revenus selon l'article 16 LPGA et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus : ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348 ; 128 V 29 consid. 1 p. 30 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b p. 136).

Lorsqu'un assuré n'exerce plus d'activité professionnelle, une stricte comparaison des revenus au sens de l'article 16 LPGA est impossible. Dans ce cas, le degré d'invalidité doit être déterminé à partir des données médicales et selon la méthode générale de comparaison des revenus, par simple comparaison approximative et sommaire de deux revenus hypothétiques. Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 114 V 310). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident. Ensuite, il y a lieu d'évaluer le gain que l'assuré pourrait encore réaliser en exerçant une telle activité (revenu d'invalidité). Ce revenu doit être comparé avec celui que l'assuré aurait pu réaliser sans handicap (revenu sans invalidité). Le degré d'invalidité résulte de cette comparaison.

3.1 En l'espèce, la CNA a retenu que le recourant était à même, en ce qui concerne les séquelles de l'accident, d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il ne doive pas porter des charges lourdes avec le bras gauche et mettre celui-ci à contribution au-dessus du plan horizontal. Une telle activité

est exigible la journée entière et lui permettrait de réaliser un salaire annuel de 55 006 francs. Comparé au gain de 67 606 francs réalisable sans l'accident, il en résulte une perte de 18,63%, laquelle justifie l'octroi d'une rente d'invalidité de 19%.

3.2 X_____ ne conteste pas les montants pris en considération pour déterminer son taux d'invalidité, mais critique l'appréciation de sa situation médicale faite par la CNA, laquelle n'aurait pas pris en compte la totalité des pathologies invalidantes qu'il présente, à savoir les limitations au niveau de son épaule gauche, ses problèmes respiratoires, ses douleurs chroniques au niveau du nez et de la face, ses céphalées, ses insomnies et ses troubles psychiatriques. Il demande dès lors une rente entière d'invalidité ou pour le moins l'aménagement d'une expertise médicale destinée à préciser le taux de son incapacité de travail.

3.3 Ces griefs manquent de pertinence. Il convient tout d'abord de rappeler que l'intimée ne répond que des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité non seulement naturelle mais encore adéquate avec l'accident assuré (art. 6 al. 1 LAA ; ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 3.2). L'exigence d'une causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 p. 406 ; 119 V 335 consid. 1 p. 337 ; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc» ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s. ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

D'autre part, 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 façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 p. 181 ; 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2010 du 7 septembre 2010).

En l'occurrence, l'intimée a retenu que l'assuré était à même d'exercer une activité adaptée à 100% dans différents secteurs de l'industrie, à la condition que ces activités n'exigent pas le port de charges lourdes ou en porte-à-faux, ni l'utilisation du membre supérieur gauche au-dessus du plan horizontal. Ces limitations ont été retenues par les médecins de la B_____ au terme d'un stage de l'assuré du 20 au 27 avril 2012 aux ateliers professionnels et d'exams approfondis sur le plan médical (examen orthopédique, électroneuromyographie, radiographies, IRM, rapport de physiothérapie, consilium psychiatrique). Outre les séquelles au niveau de l'épaule gauche, les spécialistes de la B_____ ont bel et bien pris en considération les troubles respiratoires du recourant, les céphalées et les troubles de l'adaptation, contrairement à ce qu'il allègue (cf. rapport du 21 mai 2012).

Cette appréciation a été confirmée lors de l'examen médical final du 2 août 2012 chez le médecin d'arrondissement. Celui-ci a en effet également conclu à une capacité de travail entière dans une activité respectant les limitations indiquées à la B_____. Ces rapports médicaux ont pleine valeur probante, étant fondés sur une étude attentive du dossier et un examen pluridisciplinaire de l'assuré ; ils sont d'autre part complets et concluants et ne sont pas contredits par d'autres spécialistes. Ils ne sauraient en conséquence être remis en cause au seul motif que le médecin traitant a une opinion quelque peu divergente et plus favorable au patient quant à la capacité de travail exigible.

Il est en effet de jurisprudence que lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que ces médecins aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 352 consid. 3a et 353 consid. 3b/bb ; 122 V 161 consid. 1c et les références).

A l'appui de ses griefs, le recourant se contente de juxtaposer l'avis de son médecin traitant à ceux, manifestement plus probants, du MA et des spécialistes de la B_____. Hormis la divergence d'opinion quant au degré de capacité de travail exigible, il ne cherche pas véritablement à démontrer, par une argumentation précise et étayée, l'existence de contradictions manifestes ou d'éléments cliniques ou diagnostiques ignorés, et encore moins à expliquer en quoi le point de vue du Dr D_____ serait objectivement mieux fondé que celui des experts. Par ailleurs, on ne saurait faire le reproche à la CNA de n'avoir pas tenu compte des plaintes subjectives du recourant ; un tel moyen de preuve doit en effet être accueilli avec une certaine réserve, attendu que la personne concernée y exprime - naturellement - une sensibilité personnelle et subjective. Il ne saurait dès lors à lui seul justifier la reconnaissance de l'existence d'une incapacité totale de travailler (arrêt du Tribunal fédéral 9C_876/2010 du 19 mai 2011 consid. 2.3.2).

Certes, le médecin traitant fait-il état dans son rapport du 18 janvier 2013 de troubles respiratoires, de douleurs chroniques du nez et de la face, de céphalées, de troubles du sommeil et de l'humeur, lesquels n'existaient pas avant l'accident. Ce raisonnement est toutefois fondé sur l'adage « post hoc, ergo propter hoc » et - on l'a vu - ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales et ne saurait donc être admis comme moyen de preuve (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. consid. 3b ; TC S2 10 92 du 31 mars 2011, confirmé par arrêt du Tribunal fédéral 8C_371/2011).

Le fait d'autre part que le Dr D_____ continue de reconnaître une incapacité de travail de 100% n'est d'aucun secours à l'assuré dans la mesure où ses divers certificats médicaux ne sont pas motivés et ne résistent pas aux conclusions des spécialistes de la B_____. En droit des assurances sociales, il n'existe en effet pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devraient statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a ; RAMA 1999 n° U 349 p. 478 consid.

2b). Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé.

Au demeurant, le médecin traitant doit en premier lieu se concentrer sur le traitement médical, ses rapports n'ayant pas pour but de porter une évaluation objective et concluante de l'état de santé de son patient propre à répondre aux questions d'assurance et, partant, ne remplissent pas les conditions matérielles d'une expertise au sens de la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a). Il est d'ailleurs un fait d'expérience qu'en raison des légitimes rapports de confiance liés à sa mission, le médecin de famille est, en cas de doute, plutôt enclin à se prononcer en faveur de son patient dans les litiges en matière de prestations d'assurance ; l'on ne saurait en conséquence se fonder exclusivement sur ses conclusions pour déterminer le taux d'incapacité de travail de l'assuré.

L'appréciation du 18 janvier 2013 du Dr D_____ - postérieure à la décision entreprise - n'est enfin pas à même de remettre en cause les constatations du MA et des spécialistes de la B_____. Elle n'amène en effet aucun élément nouveau (les troubles en question ayant déjà été repérés et analysés lors du premier séjour de l'assuré à la B_____ en automne 2011 : cf. pièce 63 du dossier de la CNA) et ne constitue donc qu'une simple interprétation de la situation. Force est ainsi de conclure avec l'intimée que, sur le plan somatique, aucune pièce médicale au dossier ne permet d'admettre que la reprise d'une activité adaptée n'est pas exigible à 100% de l'assuré dans le cadre des limitations rappelées ci-devant.

4.1 Qu'en est-il des troubles psychiatriques du recourant et de leur relation de causalité avec l'accident ?

La jurisprudence a précisé à ce sujet qu'en règle générale il convient de tabler, pour déterminer l'existence d'un éventuel lien de causalité adéquate entre des troubles psychiques et un événement accidentel, sur le déroulement objectif de l'événement accidentel, critère qui repose sur un souci d'égalité de traitement et de sécurité du droit, lequel serait méconnu s'il lui était préféré celui de la façon dont l'assuré a subjectivement ressenti et assumé le choc traumatique. En fonction de leur déroulement objectif, les accidents se classent en trois catégories, à savoir les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et, catégorie intermédiaire, les accidents de gravité moyenne. Par conséquent, afin de procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (arrêt du Tribunal fédéral 8C_806/2009 du 15 janvier 2010 consid. 4.1.1).

Lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate doit, en règle générale, être niée d'emblée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances médicales actuelles, il peut en effet être retenu, sans procéder à un examen approfondi sur le

plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

En cas d'accident grave, l'existence d'un lien de causalité adéquate doit en revanche être normalement admise, sans même, ici aussi, qu'il faille recourir à une expertise psychiatrique.

En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères définis par la jurisprudence applicable en matière de troubles du développement psychique consécutifs à un accident (ATF 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss), dont les plus importants sont :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes;
- enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (TC S2 10 92 du 31 mars 2011 confirmé par arrêt du Tribunal fédéral 8C_371/2011 du 30 septembre 2011).

L'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 119 V 335 consid. 4c).

4.2 En l'espèce, la CNA a considéré que l'accident en cause devait être objectivement classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. L'analyse des critères objectifs posés par la jurisprudence ne permet pas de conclure à l'existence d'une causalité entre celui-ci et les troubles psychiques. Ainsi, la causalité adéquate, et partant la responsabilité de l'intimée devait être niée.

Les 14 et 22 novembre 2012, soit après l'arrêt des prestations (frais de traitement et indemnités journalières) au 30 septembre 2012 signifié au recourant le 7 août 2012, le psychiatre G _____ a informé la CNA que l'assuré lui avait été adressé par son

médecin traitant pour des troubles du comportement et un état anxio-dépressif secondaire à son accident. Au status, le Dr G_____ a constaté que l'intéressé présentait des troubles du sommeil, qu'il était irritable, s'isolait et ruminait sur son avenir. Il a ainsi retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et anxieuse F43.22.

Peut demeurer ouverte en l'espèce la question de la causalité naturelle entre l'accident du 16 mars 2011 et les troubles psychiques constatés par le Dr G_____ dans la mesure où la causalité adéquate (question de droit qu'il appartient à l'administration ou au juge de résoudre, et non au psychiatre : cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 400/1999 du 8 février 2001) doit de toute façon être niée. En effet, s'agissant des circonstances de l'accident, l'on ne saurait les qualifier de particulièrement dramatiques ou de caractère particulièrement impressionnant. Il s'est agi d'une simple chute d'une hauteur de 1,3 m. environ de l'assuré qui portait un casque de protection. Il a été traité en ambulatoire à l'hôpital de J_____ et a pu rentrer chez lui le même jour. Seul un traitement conservateur a été prodigué. Ce traumatisme léger n'a objectivement pas provoqué de mise en danger de la vie de l'assuré et les lésions constatées ne sauraient être, selon l'expérience, en soi propres à entraîner de troubles psychiques. La durée du traitement médical n'a pas défié la norme. Les douleurs physiques persistantes sont moindres, les plaintes actuelles se situant principalement au niveau psychique (selon le consilium psychiatrique du 24 avril 2012). Enfin, aucune erreur dans le traitement médical n'a été signalée, ni aucune difficulté apparue au cours de la guérison. La CNA relève d'ailleurs que plutôt que d'influencer négativement sa capacité de travail, les troubles psychiques du recourant semblent découler de son manque d'activité. La Dresse K_____ de la B_____ a ainsi posé le diagnostic de « trouble de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions » et a précisé qu'il s'agissait surtout d'orienter l'assuré vers un retour à la vie active, sans qu'il ait à suivre un traitement thérapeutique particulier sur le plan psychiatrique.

Force est dès lors de constater que l'examen des circonstances liées à l'accident ne permet pas d'admettre que les critères énoncés par la jurisprudence sont remplis dans leur plus grand nombre et/ou que l'un ou plusieurs d'entre eux sont remplis de façon frappante. Par conséquent, un lien de causalité adéquate entre les troubles constatés par le Dr G_____ et l'événement accidentel du 16 mars 2011 doit être nié, ce que la CNA a retenu, à bon droit. Cette dernière a justement considéré que le recourant était à même d'exercer à 100% une activité adaptée dans le cadre des limitations émises par le corps médical. La décision entreprise n'est donc pas critiquable sur ce point et doit être confirmée sans qu'il soit nécessaire de procéder à un complément d'instruction sur le plan médical, aucune contradiction ou lacune n'étant à signaler dans les rapports du MA et des spécialistes de la B_____, et aucun doute ne subsistant quant à l'exigibilité d'une activité adaptée exercée à plein temps par le recourant. L'expertise demandée par celui-ci n'a pas à être ordonnée dans la mesure où le dossier médical est suffisamment instruit et permet une bonne intelligence de la cause et où les juges ne voient pas en quoi de nouveaux examens pourraient leur permettre de mieux apprécier les faits pertinents de cette affaire. Une telle mesure ne serait nécessaire que si les conclusions des rapports médicaux au dossier étaient entachées d'erreurs, de contradictions ou de lacunes, ou encore si un spécialiste avait

émis des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions du MA et des spécialistes de la B_____ (ATF 112 V 32 et les références), ce qui n'a pas été démontré.

5.1 Qu'en est-il dès lors du taux d'invalidité fixé à 19% par la CNA ?

Chez les assurés actifs, l'on a vu que le degré d'invalidité devait être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Celle-ci s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des deux revenus selon l'article 16 LPGA et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348 ; 128 V 29 consid. 1 p. 30 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b p. 136). Lorsque le revenu d'invalidé doit être calculé sur une base théorique et abstraite, comme c'est le cas en l'espèce, vu l'absence d'un revenu effectivement réalisé, celui-ci ne saurait se fonder sur une seule activité déterminée ou sur un tout petit nombre seulement - quand bien même cette activité serait parfaitement adaptée aux limitations en cause - dès lors que rien ne permet de penser que ce revenu serait représentatif de celui que l'assuré pourrait obtenir sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 p. 480). Pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (cf. ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT (description de postes de travail), la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 précité ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2).

5.2 En l'espèce, le revenu d'invalidé a été déterminé sur la base de DPT, lesquelles proviennent d'une banque de données, continuellement actualisée, élaborée par la CNA, qui recense des postes de travail existant dans l'économie et contient des indications aussi bien sur le salaire versé que sur les exigences physiques nécessaires ou la formation requise. L'intimée rappelle justement dans la décision entreprise que cette documentation ne sert pas à procurer à l'assuré un emploi, mais uniquement à déterminer le revenu d'invalidé sur la base de possibilités d'emploi concrètes et exigibles.

La jurisprudence a précisé que la détermination du revenu d'invalidé 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. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié, ni admissible (ATF 129 V 472).

Se fondant sur cinq descriptions de postes de travail versées au dossier (DPT n° 3305, 8217, 7077, 826838 et 4779) et adaptées au handicap physique ainsi qu'au niveau intellectuel de l'assuré, et ayant d'autre part communiqué le nombre total de DPT

(125), le salaire minimal (37 700 fr.) et le salaire le plus haut (73 088 fr.), la CNA est finalement arrivée à la conclusion que le recourant peut encore réaliser un gain annuel de 55 006 francs, non expressément contesté par l'intéressé.

Quant au revenu hypothétique en bonne santé (67 606 francs), il a correctement été établi par l'intimée et correspond à ce que le recourant réaliserait s'il avait poursuivi son activité habituelle pour le compte de l'entreprise L_____ (soit, en 2012, 26 fr. 67 / h. x 45 h. x 52 sem. + 8,33%). C'est en conséquence un taux d'invalidité arrondi de 19% qui a justement été retenu en l'espèce et qui doit être confirmé.

6. Partant, le recours est rejeté, sans frais ni dépens (art. 61 let. a et g LPGA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 17 septembre 2013