

FR_GERICHTE 605 2013 247 vom 29. September 2015

FR Kantonsgericht, 2015-09-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_247

FR: FR_GERICHTE 605 2013 247 du 29 septembre 2015

IT: FR_GERICHTE 605 2013 247 del 29 settembre 2015

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

E. 2

a) Selon l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Aux termes de l'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. b) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que 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. Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 7 al. 1 LPGA dispose, pour sa part, 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'alinéa 2 de cette disposition précise que 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. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Pour la comparaison des revenus, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est

capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n° U 168 p. 97 consid. 3b). Il convient en effet d'évaluer le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité repose sur des rapports de travail stables, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa). Pour déterminer ce revenu, la CNA recourt à une enquête menée par elle auprès de diverses entreprises suisses et qui permet de réunir des données salariales pour de nombreux postes de travail faisant l'objet d'une description détaillée, dite DPT ou "descriptions de postes de travail" (ATF 139 V 592 consid. 2.3; 129 V 472 consid. 4.2.1). La détermination du revenu d'invalidé sur la base de ces 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 CNA n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT. 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 139 V 592 consid. 6.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.2). Si les DPT satisfont aux conditions formelles précitées, la CNA peut et même doit s'y référer pour fixer le revenu d'invalidé. En pareils cas, il n'est pas nécessaire d'effectuer un calcul de contrôle à l'aide des statistiques salariales de l'ESS (cf. arrêt TF 8C_790/2009 du 27 juillet 2010 consid. 4.3). Il n'en va pas différemment si un tel calcul était favorable pour l'assuré (arrêt TF 8C_525/2010 du 21 septembre 2010 consid. 3.2.2.3). Lorsqu'un assuré n'exerce plus d'activité lucrative, une stricte comparaison des revenus 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 mise en parallèle 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident. Ensuite, il y a lieu d'évaluer le gain que ce dernier pourrait encore réaliser en exerçant une telle activité (revenu d'invalidé). Ce revenu doit être comparé avec celui qu'il aurait pu réaliser sans handicap (revenu sans invalidité). Le degré d'invalidité résulte de cette comparaison. c) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente

comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 125 V 195 consid. 2 ; 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6d et les références). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 337 consid. 1 ; 118 V 289 consid. 1b et les références). Selon la jurisprudence, 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 avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb, RAMA 1999 n° U 341 p. 408 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'évènement assuré. De plus, si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire si ce dernier repose seulement et exclusivement sur des facteurs étrangers à l'accident. C'est le cas soit lorsqu'est atteint l'état de santé (maladif) tel qu'il se présentait directement avant l'accident (statu quo ante), soit lorsqu'est atteint l'état de santé, tel qu'il serait survenu tôt ou tard, indépendamment de l'accident, selon l'évolution d'un état maladif antérieur (statu quo sine). L'administration et, le cas échéant, le juge tranchent la question de la rupture du lien de causalité en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de cette rupture ne suffit pas (RAMA 1994 p. 326 consid. 3b et les références). On rappellera en outre que, dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2, et la référence citée) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2; 117 V 261 consid. 3b). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt TF 8C_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3). d) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale 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, 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les

références). e) Le juge apprécie librement les preuves. S'agissant des rapports d'expertise, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Ainsi, les considérations médicales émises par un spécialiste, et contraires à l'expertise d'un confrère, ne peuvent pas sans autre être écartées (arrêt TF I 236/01 du 5 octobre 2001 consid. 1 et les références). En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêts TF 8C_149/2010 du 30 novembre 2010 consid. 5, 8C_85/2010 du 30 septembre 2010 consid. 6.1, et la référence citée). La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise dépend du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traite de manière complète et circonstanciée des points litigieux, se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et contient une description du contexte médical et une appréciation de la situation médicale claires, ainsi que des conclusions dûment motivées de l'expert (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351, consid. 3a; arrêts TF 8C_85/2010 du 13 septembre 2010 consid. 6.1, 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2; RAMA 1996 no U 256, p. 215 consid. 4 et les références). Enfin, selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). f) S'agissant d'une demande de reconsidération d'une décision passée en force, l'art. 53 al. 1 LPG prévoit que les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale). Quant à l'al. 2 de cette disposition, il prévoit que l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'assureur ne saurait être contraint de revoir une décision passée en force.

En effet, de jurisprudence constante, ni l'assuré ni le juge ne peuvent contraindre l'administration à reconsidérer, au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, une décision sur opposition formellement passée en force (arrêt TF 8C_21/2014 du 6 novembre 2014 ; 135 V 215 et les références ; 119 V 475 consid. 1b/cc; 117 V 8 consid. 2a et les références ; 115 V 186 consid. 2c et les références). Pour que l'administration (ou l'assureur) puisse reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, il faut, conformément à un principe général du droit des assurances sociales, qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable, ou, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision (procédurale) d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, au motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 140 V 77 consid. 3.1; 117 V 8 consid. 2c et les arrêts cités; voir aussi ATF 115 V 314 consid. 4a cc et dd). Toujours selon la jurisprudence, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions d'une reconsidération sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée par la voie d'un recours. Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 117 V 8 consid. 2a; 116 V 62). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêt TF 9C_861/2012 du 6 février 2013, consid. 5.1.1). En d'autres termes, le Tribunal fédéral est restrictif quant à la reconsidération d'une décision, en la limitant aux cas d'une erreur crasse ou évidente, afin de garantir la sécurité du droit et d'éviter que

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 le justiciable – ou éventuellement l'administration – puissent, à tout moment, faire valoir des motifs pour revoir les décisions passées en force. Enfin, dans ce registre, il sied de ne pas confondre révision et reconsidération d'une décision, la révision pouvant avoir lieu en tout temps, lorsque les conditions d'octroi d'une prestation se trouvent modifiées, par exemple lors d'une amélioration ou d'une péjoration de l'état de santé de l'assuré.

E. 3

a) Le litige porte tout d'abord sur le refus de la CNA d'entrer en matière sur la demande de reconsidération, plus spécifiquement sur le fait que la CNA n'aurait pas pris à l'époque en considération l'ensemble des rapports médicaux pour déterminer l'état de santé du

recourant et que, dans ce contexte, une nouvelle expertise s'imposerait. Il y a lieu d'écarter d'emblée la présence de faits nouveaux susceptibles de mettre en cause la décision du 10 février 2010, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA (révision procédurale), dans la mesure où aucun élément inconnu au moment de rendre la décision n'est apparu postérieurement à celle-ci ; la mauvaise interprétation, voire l'omission de prise en considération de rapports médicaux existants à ce moment-là ne peut être qualifiée de faits nouveaux au sens de la jurisprudence ci-dessus rappelée ; du reste ni le recourant ni l'intimé ne les invoquent. Pour ce qui est de la reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, la Cour constate que la CNA a refusé d'entrer en matière sur cette demande, au motif que, selon elle, l'état de santé de l'assuré et les divers rapports médicaux ont correctement été pris en compte. La décision du 10 février 2010 n'a pas été contestée et est passée en force ; partant, elle a acquis le statut de chose jugée. Cela étant, en application de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il appartient à l'administration, en l'occurrence à la CNA, d'apprécier librement si, à l'aune des éléments soulevés par le recourant postérieurement à son rendu, il se justifiait de revoir sa décision initiale passée en force. La CNA ayant refusé d'entrer en matière sur cette demande, la Cour ne peut que prendre acte de ce refus et ne saurait d'aucune manière contraindre la CNA à statuer à nouveau sur le fond. Sur ce point, le recours doit être déclaré irrecevable. b) Il reste cependant à examiner si la décision litigieuse du 18 octobre 2013 est conforme au droit dans la prise en considération des 5 DPT servant à déterminer le salaire que le recourant pourrait encore réaliser en raison de son handicap, étant entendu que la capacité de travail et le revenu sans invalidité ne sont pas contestés en l'état. La CNA s'est fondée sur les DPT dans le domaine de la vente par correspondance, le nettoyage, le contrôle de qualité, l'aide-magasinier avec télécommande et la surveillance de ligne de fabrication – emballage de chocolats. Selon elle, ces DPT choisies correspondent à des activités compatibles aux limitations fonctionnelles constatées par son médecin d'arrondissement. Selon le recourant, tel n'est pas le cas. Pour le poste de vente par correspondance, le recourant prétend être handicapé par sa connaissance médiocre du français et par son absence totale de connaissances d'une autre langue nationale, ce qui rend ce poste inapte pour lui. En l'état, le poste en question requiert une connaissance de la langue française et, s'il est vrai que l'une ou l'autre langue nationale en sus du français serait un atout complémentaire, il ne s'agit pas d'une condition sine qua non à l'engagement. Le recourant n'a manifestement pas eu de peine à comprendre et s'exprimer en français au cours des divers examens et expertises médicaux, ainsi que le relève la CNA et que cela ressort des « constatations objectives » du Dr D. _____, expert-rhumatologue FMH dans son expertise du 3 juin 2010, page 7 « il comprend et parle parfaitement le français », de sorte qu'on peut admettre que, pour un tel travail, ces connaissances

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 devraient suffire. En effet, même si le poste implique un certain contact avec la clientèle, il n'est pas précisé qu'une maîtrise parfaite du français est exigée. En outre, l'on ne saurait retenir d'emblée la spéculation sur un possible non-engagement sur cette seule base. S'agissant du nettoyage, le recourant estime que ce poste exige la force du poignet alors que la mobilité de celui-ci est très restreinte, selon les avis médicaux versés au dossier. La CNA n'a pas pris position à ce sujet, mais la Cour constate que ce travail consiste essentiellement à s'occuper du ravitaillement des menus de la cuisine au comptoir, du remplissage des assiettes, du nettoyage du restaurant ainsi que des activités de lingerie. Si ces dernières nécessitent une certaine maniabilité des poignets qui pourrait ne pas être adaptée au handicap de recourant, le poste étant scindé en deux fonctions distinctes, il y a lieu d'admettre que l'activité dans la restauration est tout à fait

possible. Pour ce qui est du contrôle de qualité, le recourant fait valoir que ses troubles dorsaux l'empêcheraient de se baisser en raison de sa hernie traitée et guérie depuis. Cependant, il n'indique pas, attestation médicale à l'appui, en quoi cet exercice serait contre-indiqué puisque la hernie a été opérée et semble guérie, à ses propres dires. Ce grief doit donc être rejeté. Pour l'activité d'aide-magasinier avec télécommande, le recourant affirme être dans l'incapacité de tenir le boîtier de la main droite et n'est pas certain que ce dernier soit ambidextre ou adapté à la main gauche. La Cour estime cette critique non pertinente, considérant qu'il y a des ouvriers aussi bien droitiers que gauchers. Cet argument ne saurait donc être retenu. Enfin, pour le poste de surveillance de ligne de fabrication et d'emballage de chocolats, c'est le maniement fréquent d'objets avec vibrations et à-coups dans la main et le poignet qui le rendraient inadapté au handicap du recourant. Or, la description de ce travail fait certes apparaître de nombreux déplacements mais il s'agit d'une activité de mise en place, surveillance, réglage avec un poids maximal à soulever de 3kg ; ces activités ne sont manifestement pas incompatibles avec le handicap du recourant, ainsi que cela ressort de l'analyse médicale du médecin d'arrondissement (voir examen médical final du médecin d'arrondissement de la CNA du 25 juin 2013, pages 4 et 5). Le recourant n'a ainsi pas démontré en quoi les DPT retenues seraient incompatibles avec son atteinte à la santé. Par surabondance, la CNA a examiné la perte de gain à la lumière de l'ESS et a pris en considération, pour fixer le revenu d'invalidé, le salaire statistique pour des hommes effectuant des activités simples et répétitives du secteur privé (table TA1, cat. 4 ESS 2010). Elle a retenu un salaire annuel de CHF 62'856.96, basé sur une durée de travail de 41.7 heures/semaine, avec renchérissement calculé pour les années 2011, 2012 et 2013. Elle a encore déduit 15% d'abattement pour tenir compte des limitations liées au handicap (parce que l'assuré ne peut exercer des activités que légèrement ou moyennement pénibles), pour atteindre un revenu annuel d'invalidé de CHF 53'428.42. Comparé au revenu de valide (CHF 65'065.-) non contesté, elle obtient un taux d'invalidité de 17.88% qui peut être arrondi à 18% et qui correspond à celui retenu dans la décision attaquée. Ainsi qu'on peut le constater, le revenu perdu suite à l'invalidité est le même, qu'il soit fondé sur les DPT ou sur l'ESS. Mal fondé, le grief doit donc être rejeté.

E. 4

Sur le vu de tout ce qui précède, le recours est ainsi déclaré irrecevable pour ce qui est de la reconsidération ; il doit être rejeté pour le surplus et la décision sur opposition attaquée du 18 octobre 2013 confirmée, sans frais de justice, en application du principe de la gratuité de la procédure. Il n'est pas alloué de dépens.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête: I. Le recours est déclaré irrecevable pour ce qui est de la demande de reconsidération ; il est rejeté pour le surplus et la décision sur opposition du 18 octobre 2013 confirmée. II. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens. III. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 29 septembre 2015/ESC Présidente Greffier-stagiaire

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.