

# FR\_GERICHTE 605 2014 149 vom 11. August 2016

FR Kantonsgericht, 2016-08-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2014\\_149](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2014_149)

FR: FR\_GERICHTE 605 2014 149 du 11 août 2016

IT: FR\_GERICHTE 605 2014 149 del 11 agosto 2016

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 26

novembre 2013, estimant que sa capacité de travail résiduelle sur un marché du travail équilibré n'était plus exigible de manière réaliste.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 Dans ses écritures, le recourant se réfère aux appréciations de l'OAI. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. En vertu de l'art. 6 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. a) Selon l'art. 4 LPGA, 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. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. b) La condition du lien de 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. 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. 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 p. 75 consid. 4b). Enfin, admettre l'existence d'un lien de causalité au seul motif que des symptômes sont apparus après un accident revient à se

fonder sur l'adage "post hoc ergo propter hoc", lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un tel lien (Tribunal fédéral, arrêt non publié 8C\_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. consid. 3b). c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un lien de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé, question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. Selon la jurisprudence,

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 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 117 V 359 consid. 5a, 117 V 369 consid. 4a et les références citées). 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). d) 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 cette dernière 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 (status 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 (status 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). 3. Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), est réputé invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. a) 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. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). b) Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c). 4. 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 une rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation d'un

traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé 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.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 5. 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 simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une présomption à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité de son appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères en ce qui concerne l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). Quant aux rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 même faibles 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'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (arrêt TF 8C\_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). 6. Est tout d'abord litigieuse la relation de causalité entre l'accident du mois de septembre 2011 et les troubles au niveau de la cheville gauche. La Suva la conteste en effet. a) A cet égard, elle a produit un nouveau moyen de preuve avec ses observations, à savoir une appréciation orthopédique du Dr C. \_\_\_\_\_. Le recourant considère que ce moyen est tardif. Dans la mesure où il a eu l'occasion de se déterminer sur son contenu dans le cadre de la présente procédure, on ne voit pas pourquoi ce document médical devrait être écarté pour le principe, d'autant moins qu'il est en lien direct avec l'objet du litige et dès lors susceptible d'éclairer la Cour de céans, qui jouit en l'espèce d'un plein pouvoir de cognition. Ce moyen de preuve ne peut quoi qu'il en soit être assimilé à un « fait nouveau » au sens où l'entend le recourant: il ne constitue en effet qu'une appréciation médicale de plus, laquelle ne fait au demeurant, on le verra, que confirmer le dossier médical sur ce premier point litigieux. Le recourant n'en a, cela étant, pas véritablement contesté le contenu, qui exclut tout lien de causalité naturelle entre les troubles présentés par ce dernier à la cheville gauche et l'accident du 1er septembre 2011. b) Par ailleurs il ressort manifestement de divers rapports médicaux que cette lésion était préexistante.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 Ainsi, le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la Suva a précisé le 18 décembre 2012 que les lésions dégénératives de la cheville étaient étrangères à l'accident du 1er septembre 2011. Dans son rapport du 6 août 2013, le Dr

E. \_\_\_\_\_, autre médecin d'arrondissement, a pour sa part indiqué, en se basant sur une radiographie et une IRM, que les lésions à la cheville gauche étaient clairement plus anciennes que l'événement du 1er septembre 2011. Elles n'occasionnaient même selon lui aucune atteinte à l'intégrité. Le médecin traitant, le Dr F. \_\_\_\_\_, a enfin relevé dans son rapport du 9 mai 2014 que son patient était aussi suivi pour une importante arthrose tibio-astragaliennne de la cheville gauche suite à un traumatisme survenu il y a une quarantaine d'années. Il a également précisé ceci dans son rapport du 11 juin 2014: « quand à la cheville, se sont les suites opératoires d'un accident de la voie publique opérée en ancienne Yougoslavie, il y a quelques années. On notait plusieurs cals vicieux au niveau tibia-péroné ». Et il a encore mentionné, dans son dernier rapport du 14 juin 2014, que la cheville gauche avait été opérée à plusieurs reprises. A côté de tout cela, on fera enfin remarquer que les douleurs à la cheville gauche ne sont signalées qu'à partir du 10 décembre 2012, soit plus d'un an après l'accident. c) Quant au rapport du Dr C. \_\_\_\_\_, contesté au départ, il ne dit au fond rien d'autre que ceux de ses confrères: au vu des radiologies effectuées l'atteinte notée au niveau de la cheville gauche correspond bien à une atteinte ancienne: « L'arthrose de la cheville s'explique par les antécédents fracturaires à ce niveau (malléole externe et possiblement malléole interne) mais également par la déformation résiduelle au niveau du tibia distal en status après fracture, ayant entraîné un changement de la congruence tibio-astragaliennne, avec à la clé une arthrose prédominant antérieurement. Il précise encore qu'en l'absence d'anamnèse relative à la cheville dans le décours précoce de l'accident, y compris lors du séjour à la CRR, et en l'absence de lésions traumatiques récentes mise en évidence sur les examens complémentaires, il ne peut être établi aucun lien de causalité entre les troubles présentés à la cheville gauche et l'accident du 1er septembre 2011. En revanche, ces mêmes troubles à la cheville gauche sont tout à fait compatibles avec le status dégénératif arthrosique consécutif à une atteinte traumatique ancienne. On rappellera à ce propos que lorsque l'assuré a fait une demande de prestations à l'Assurance Invalidité, il n'a signalé que ses problèmes au genou gauche ». L'ensemble du dossier médical tend ainsi à démontrer qu'il n'existe aucun lien de causalité naturelle entre l'accident survenu en 2011 et l'atteinte dégénérative préexistante signalée au niveau de la cheville gauche. Partant, le refus de la Suva de prendre à sa charge les troubles de la cheville gauche parce qu'ils reposeraient exclusivement sur des facteurs étrangers à l'accident du 1er septembre 2011 était juridiquement fondé. 7. Est encore litigieuse, la capacité de travail résultant de la seule atteinte située au niveau du genou gauche, dont le recourant s'est immédiatement plaint après l'accident. Il convient ici de revenir sur le parcours médical de l'assuré. a) accident et ses suites Le 1er septembre 2011, le recourant, alors âgé de 62 ans, machiniste en chape, travaillant pour l'entreprise de l'un de ses fils, a reçu une palette sur le genou gauche.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 aa) Le rapport médical du 11 octobre 2011 établi par le Dr G. \_\_\_\_\_, radiologue FMH, basé sur l'IRM effectuée le même jour, pose le diagnostic de lésion transversale de la corne postérieure du ménisque interne et œdème de l'os spongieux en miroir du compartiment fémoro-tibial interne avec des lésions cartilagineuses en regard se caractérisant par une ulcération de surface d'une longueur de 1 cm. Plusieurs séances de physiothérapie lui ont été prescrites. Le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, relève dans ses rapports que la situation de son patient ne s'est pas améliorée, ses plaintes étant toujours identiques, notamment les douleurs mécaniques qui l'empêchent de marcher pendant une longue période. Il a dès lors recommandé une arthroscopie du genou. Il a par ailleurs indiqué à son patient que d'autres

interventions seraient probablement nécessaires pour traiter sa pathologie de fond chronique. Toutefois, cette première opération avait avant tout pour but d'obtenir la situation préexistante à l'accident (dossier Suva, pièces 16 à 18). Dans son rapport opératoire du 24 novembre 2011, le Dr H. \_\_\_\_\_ indique que les investigations sous forme d'une IRM ont mis en évidence une rupture franche du ménisque interne, une petite fracture d'un ostéophyte, ainsi que des lésions dégénératives, sous la forme d'une arthrose fémoro-tibiale interne post traumatique du genou gauche. Suite à cette intervention, la situation du recourant ne s'est pas significativement améliorée. bb) Il a séjourné à la Clinique romande de réadaptation de Sion (ci-après CRR) du 14 mars au 11 avril 2012, où a été diagnostiqué un traumatisme du genou gauche avec une lésion du ménisque interne avec œdème osseux. Des lésions cartilagineuses en fémoro-tibial interne sont également constatées suite à l'IRM du 11 octobre 2011. Des antécédents de fractures du tibia et du péroné gauche datant d'une quarantaine d'années sont encore signalés. Le Dr F. \_\_\_\_\_, vers qui le recourant avait été redirigé, a constaté une récurrence de douleurs. Dès lors, conjointement avec les spécialistes valaisans et le Dr H. \_\_\_\_\_, ils ont confirmé l'indication opératoire à une prothèse unicompartimentale (dossier Suva, pièces 47,48). cc) Suite à cette seconde intervention, pratiquée le 21 juin 2012, le recourant a récupéré progressivement, à l'aide de physiothérapie de mobilisation et de marche. Le bilan radiologique était favorable après 3 mois. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a pu constater qu'il n'y avait pas de modification de la structure osseuse du genou et que l'aspect post opératoire était normal. Après nouvelle consultation du 10 décembre 2012, le genou a continué à évoluer favorablement, les plaintes ne concernant plus que la cheville gauche. C'est à cette occasion que l'on a mis en évidence une importante arthrose tibio-astragalienne. En mars 2012, le Dr F. \_\_\_\_\_ a relevé une excellente évolution de la situation au niveau du genou gauche. b) estimation de la capacité de travail aa) Lors de l'examen médical final du 5 avril 2013, le Dr E. \_\_\_\_\_ a constaté qu'au niveau du genou gauche, la situation était parfaitement stabilisée avec un discret syndrome rotulien qui subsistait.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 Vu le descriptif du poste de travail, notamment les travaux physiques, le port régulier de charges lourdes, la montée d'escaliers, le fait de devoir marcher sur du terrain plat, mais également sur du terrain irrégulier sur les chantiers de même qu'effectuer une partie du travail en position accroupie et à genoux, le médecin d'arrondissement considérait que le recourant était en incapacité de travail à 100% depuis la date de l'accident. Néanmoins, il a précisé que dans toute activité adaptée et tenant compte des limitations mentionnées, l'assuré pourrait travailler à plein temps avec un rendement effectif de 100%. Par décision du 26 novembre 2013, l'OAI a pourtant octroyé une rente d'invalidité au taux de 100%. Mais il l'a tout de même considéré en mesure d'exercer une activité adaptée, sans port de charges de plus de 10 kg, sans déplacement en terrains irréguliers, ni sur échelles, échafaudages, sans station debout prolongée, sans position à genoux ou accroupie, et sans montées, descentes répétées d'escaliers. C'est parce qu'il était déjà âgé qu'on le jugeait non réadaptable dans une autre activité, qu'il n'aurait au demeurant jamais exercée: sa capacité de travail résiduelle sur un marché du travail équilibré n'était ainsi plus exigible de manière réaliste. bb) Dans son rapport du 9 mai 2014, le Dr F. \_\_\_\_\_ s'est contenté de suggérer qu'au vu de la présence d'une prothèse unicompartimentale du genou gauche et une cheville pratiquement bloquée qui nécessitait une arthrodèse, une rente d'invalidité à 27% paraissait inférieure à ce que l'on pouvait prétendre. Il prenait ainsi en compte, dans son appréciation, l'atteinte dégénérative à la cheville gauche vis-à-vis de laquelle l'assurance-accidents n'était toutefois pas

responsable. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a quant à lui relevé dans son appréciation orthopédique du 12 décembre 2014 que le status dégénératif arthrosique n'avait pas été aggravé, même de manière passagère, par l'accident du 1er septembre 2011. Il a affirmé qu'au vu du résultat objectif et subjectif de l'intervention d'arthroplastie et faisant abstraction des facteurs non pertinents en matière d'assurance-accidents (âge, niveau de formation), il n'existait aucun motif pour considérer une capacité de travail ou un rendement réduit dans les limites de l'exigibilité définie. Enfin, l'arthrose présentée par l'assuré au niveau genou gauche ayant motivé l'intervention d'arthroplastie étant antécédente à l'accident et n'ayant pas été aggravée de manière déterminante par celui-ci, il n'existait pas de droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. cc) Il découle de tout ce qui précède que le point de vue du recourant, selon lequel la rente est inadaptée à ses séquelles, ne saurait être suivi. Il n'est certes pas contesté qu'il ne puisse plus exercer son activité antérieure. En revanche, une activité adaptée est possible à 100% et sans perte de rendement, selon les médecins d'arrondissement et ceux de la division de la médecine des assurances. Eux seuls se sont véritablement prononcés sur la capacité de travail. Leurs rapports médicaux sont complets et correspondent pleinement aux critères jurisprudentiels en matière de valeur probante des pièces médicales en ce sens qu'ils sont basés sur une lecture attentive du dossier médical, qu'ils se fondent sur des examens complets, qu'ils ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et de l'appréciation médicale sont claires et que les conclusions médicales sont dûment motivées. Par ailleurs, le fait

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 qu'ils aient été établis par un médecin-conseil et un médecin de la Division de Médecine des assurances de la Suva ne remet nullement en cause la valeur probante. A cet égard, il est précisé que même si les médecins consultés sont liés à l'assureur par un rapport de travail conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, cela ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une présomption à l'égard de l'assuré. Or, dans le cas d'espèce, il n'existe aucune circonstance particulière permettant de douter de l'impartialité du médecin-conseil et du médecin de la Division de Médecine des assurances de la Suva. Quant au médecin traitant, le Dr F. \_\_\_\_\_, s'il continue de prescrire à son patient un arrêt de travail à 100%, il n'en indique toutefois pas les raisons, relevant au contraire la stabilisation du genou gauche et la nette régression de l'atteinte au niveau de la cheville gauche. Cela étant, le recourant n'avait au moment du recours toujours pas donné son accord pour la pratique d'une arthrodèse à la cheville gauche pourtant proposé par ce médecin depuis plusieurs mois et qui pourrait améliorer, voire soigner ses lésions. De plus et au vu des derniers avis de son médecin, il semblerait que la gravité de l'atteinte arthrosique à la cheville gauche soit modérée et que la mobilité soit conservée. Dans ces conditions, il est difficile de comprendre, même en tenant compte de la totalité des atteintes, dont l'une seule engage l'assurance-accidents, pourquoi ce médecin estime que son patient est toujours en incapacité totale de travail. dd) Enfin, comme il a été dit, l'OAI dans sa décision du 26 novembre 2013 a également considéré que le recourant était théoriquement en mesure d'exercer une activité adaptée, sous réserve de certaines limitations. Il y a ainsi lieu de reconnaître au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites. 8. Est encore litigieux le taux d'invalidité, fixé en l'espèce à 27%. Le recourant conteste à cet égard le revenu d'invalidité retenu. Le revenu sans invalidité n'est en revanche pas critiqué et rien ne permet de croire qu'il devrait l'être. a) Le revenu d'invalidité a été évalué au regard de données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ci-après DPT), documentation qui sert à évaluer le revenu sur la base de possibilités d'emplois concrets et

exigibles, ceci donc en conformité avec la jurisprudence ayant trait aux DPT (ATF 129 V 472; arrêt TF U 21/2005 du 14 juin 2006 consid.3.2). Cinq DPT ont été produites et a ainsi été communiqué le nombre total de postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que le salaire le plus élevé et le plus bas, tout comme aussi le salaire moyen du groupe auquel il était fait référence. b) Le recourant prétend dans ses contre-observations du 12 février 2015 que les DPT figurant au dossier ne correspondent pas aux limitations décrites par les différents médecins, étant donné que la première et la cinquième supposent le port de charges supérieures à 5 kg par jour et la deuxième et troisième une position assise. Il indique également que la Suva n'a pas motivé sa première décision en faisant mention des DPT. Sur ce dernier point, force est de remarquer que, tant le Dr E. \_\_\_\_\_ que le Dr C. \_\_\_\_\_, ainsi du reste que l'OAI, n'ont retenu la position assise comme pouvant être une limitation fonctionnelle.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 Si, dans leurs rapports, le port régulier de charges de plus de 5 kg est certes contre-indiqué, les DPT 1 et 5 proposées par la Suva, ne mentionnent que de « rares » mouvements de soulèvement et port de charges légères, soit au maximum une demi-heure par jour. Pour le Dr E. \_\_\_\_\_ et le Dr C. \_\_\_\_\_, seul un port « régulier » de charge de plus de 5 kg est contre-indiqué. Ainsi, en se fondant sur les DPT, la Suva a dans les faits établi correctement le revenu d'invalidité, à CHF 57'788.-. La comparaison entre les revenus de valide (CHF 79'300.-) et d'invalidité laisse bien apparaître une perte économique de 27.12%. C'est donc à juste titre que la Suva a fixé la rente d'invalidité à 27% dans la décision querellée. 9. Sur le vu de tout ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition confirmée. Il n'est pas perçu de frais de procédure, en application du principe de la gratuité valant en la matière, ni alloué de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. 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 11 août 2016/ smt/mbo Président Greffière

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