

FR_GERICHTE 605 2014 73 vom 25. Januar 2016

FR Kantonsgericht, 2016-01-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2014_73

FR: FR_GERICHTE 605 2014 73 du 25 janvier 2016

IT: FR_GERICHTE 605 2014 73 del 25 gennaio 2016

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 attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

E. 2

Jahre vergangen, mit einer weiteren Besserung der Beschwerden ist wohl eher nicht mehr zu rechnen. Dies zeigt sich auch daran, dass in den letzten 6 Monaten keine weitere Verbesserung der subjektiven Beschwerden mehr aufgetreten ist. Der Gesundheitszustand muss nun als stabil betrachtet werden. Die immer wieder plötzlich auftretenden Schwindelbeschwerden führen durchaus zu einer Einschränkung, sowohl bezüglich beruflicher Wiedereingliederung als auch im täglichen Leben. Weitere therapeutische Möglichkeiten sehen wir keine". S'agissant de l'évaluation finale de l'atteinte à l'intégrité selon les tables du service médical de la SUVA, il indique: "Insgesamt ergeben sich bei den objektivierbaren Systembefunden nun 12 Punkte. Gemäss SUVA-Tabelle ergibt dies zusammen mit den leichten subjektiven Beschwerden einen Integritätsschaden von 20%". Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans constate que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé le 30 avril 2011. A cet égard, il est intéressant de souligner que B._____, par décision du 23 novembre 2011, a annulé sa décision du 27 janvier 2011 par laquelle elle mettait fin au versement des indemnités journalières avec effet au 1er mai 2011. Elle estimait en effet elle-même que plusieurs mesures d'investigations devaient être entreprises afin de clarifier la situation et elle déclarait que, l'état de santé de l'assuré n'étant pas stabilisé pour le moment, la question du droit à la rente serait examinée ultérieurement. Or, il est évident qu'il appartenait à l'assureur-accidents (et non pas à l'assurance-chômage) de verser à l'assuré des indemnités journalières durant les investigations d'ordre médical. L'expert mandaté par l'assureur-accidents, le Dr G._____, a conclu dans son expertise que la durée de l'incapacité de travail et le pronostic allaient dépendre d'un examen oto-neurologique détaillé. Finalement, le Dr H._____, a pu se prononcer sur la question de savoir quand l'état de santé de l'assuré pouvait être considéré comme stabilisé: dans son rapport médical du 23 novembre 2011, il relève en effet qu'après deux ans, on peut considérer l'état de santé comme stabilisé, raison pour laquelle il préconise une évaluation finale au printemps 2012. Dans son rapport médical subséquent du 25 avril 2012, il considère désormais l'état de santé de l'assuré comme stabilisé. Aussi, le recourant a droit à la reprise du versement des indemnités journalières LAA à compter du 1er mai 2011 jusqu'au 30 avril 2012.

E. 3

Est ensuite litigieux le taux de la rente d'invalidité. Il convient ainsi de fixer le taux d'invalidité du recourant en procédant à une comparaison de ses revenus de valide et d'invalides.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail.

Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de diminuer le dommage (cf. ATF 123 V 230 consid. 3c et les références), cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.1 et les nombreuses références). A cet effet, le Tribunal fédéral fixe le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé à près de 60 ans (arrêts TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2, 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4 et 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.1). Le moment déterminant pour juger de la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail en cas d'âge avancé est celui de la fixation de l'exigibilité médicale de la capacité résiduelle de gain et non pas ni le moment de la naissance du droit à la rente ni encore la date de la décision attaquée (ATF 138 V 457 consid. 3.3). b) En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). c) En ce qui concerne le revenu d'invalides, l'on ne saurait se fonder 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). 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 115 V 133 consid. 2, 114 V 310). 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. Lorsque l'assuré a repris l'exercice d'une activité lucrative après 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'éléments 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).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 Si, en revanche, l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué notamment, sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après: l'OFS). Il est également possible de recourir à une enquête menée par la CNA auprès des diverses entreprises suisses et qui a permis de réunir des données salariales concrètes pour de nombreux postes de travail faisant l'objet d'une description détaillée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Selon la jurisprudence, lorsque le revenu d'invalidé est évalué sur la base des données de l'OFS, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. De telles déductions ne doivent pas être effectués de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Cette déduction doit être opérée seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a plus lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation et le juge ne peut s'en écarter et y substituer son appréciation sans motif pertinent (arrêt TF I 724/2002 du 10 janvier 2003; ATF 126 V 75). Par ailleurs, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son salaire d'invalidé, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour cette même raison (arrêt TF 8C_490/2011 du 11 janvier 2011 consid. 4.2). Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; arrêts TF 9C_963/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.2 et I 724/2002 du 10 janvier 2003 consid. 4.2.1). d) 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 (ATF 105 V 158, 114 V 314; RCC 1982, p. 36). e) Ainsi que l'ancien Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaires et d'assurance-invalidité. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que, pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance- invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2a et les références). Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 133 V 549 consid. 6.1). D'ailleurs,

l'assureur-accidents n'a pas qualité pour former des objections contre le projet de décision ou pour recourir contre la décision de l'Office AI sur le droit à la rente en tant que tel ou sur le degré d'invalidité, et l'évaluation de l'invalidité par l'assurance- invalidité n'a pas de force contraignante pour lui (ATF 131 V 362). D'un autre côté, l'évaluation de

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (arrêt du Tribunal fédéral U 84/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2.3.1). Il en va de même lorsque les atteintes prises en compte par l'assurance-invalidité ne présentent pas toutes un lien de causalité avec l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_517/2007 du 16 septembre 2008 consid. 4.1). f) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse 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. 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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157; RAMA 1996 p. 217 et les références). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et références citées). 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 160 consid. 1c et les références). Quant aux rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit même 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 citées).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 Enfin, il y a lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n°438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). g) Le revenu de valide doit être fixé selon ce que le recourant a réalisé auprès de C._____. Selon les renseignements fournis par cette société, il aurait perçu en 2012 un salaire annuel brut de CHF 65'294.60 (salaires bruts sans les allocations familiales de février 2009 à janvier 2010, indexé pour 2011 [+ 1%] et 2012 [+08%]). Ceci n'est pas contesté. h) En ce qui concerne le revenu d'invalidé réalisable, compte tenu des limitations fonctionnelles présentées par le recourant, B._____ l'a fixé à CHF 59'475.50. Pour ce faire, elle s'est basée sur l'ESS 2010, niveau 4, hommes (CHF 4'901 / 40 x 41.7 x 12 = CHF 61'311.50) qu'elle a adaptée au renchérissement pour 2011 et 2012 et elle a procédé à un abattement de 5% pour tenir compte des empêchements propres à la personne assurée dans l'activité adaptée (pas de travail sur une échelle ou un échafaudage, travail dans un endroit bien éclairé pour permettre une compensation visuelle du déficit d'équilibre et pas de travail avec machines rotatoires), ce qui aboutit à un revenu d'invalidé pour 2012 de CHF 59'475.50. Pour fixer le revenu d'invalidé, il faut se baser sur l'ESS 2010 (TA1, totaux, catégorie 4) dont il ressort que le salaire mensuel brut s'élève à CHF 4'901.- pour ce genre d'activité. Ce montant est calculé sur la base d'une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle du travail en 2010 est de 41,6 heures (La Vie Economique 11/2011, tableau B.9.2, p. 94). Le salaire mensuel à prendre en considération est ainsi de CHF 5'097.05 par mois, soit un gain annuel de CHF 61'164.60 (CHF 5'097.05 x 12 mois). Adapté au renchérissement pour les années 2011 et 2012, ce salaire passe à CHF 62'270.45. Il faut encore déduire de ce salaire la réduction au titre de désavantage salarial. B._____ a fixé ce rabatement à 5%, considérant que les limitations fonctionnelles présentées par le recourant étaient "toutes relatives". Quant au recourant, il critique vivement ce taux. Il précise, à cet égard, que l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg a fixé ce taux à 25%, compte tenu de l'ensemble des circonstances (activités légères, position assise, problèmes de mémorisation). Le recourant relève qu'il a eu un emploi fixe auprès de C._____ pendant près de quatre ans, que son âge est professionnellement avancé, que ses problèmes de mémorisation rendent extrêmement difficile tout travail, y compris à la chaîne, et que tout ceci aurait dû amener B._____ à retenir un taux d'abattement plus élevé. Dans le cas particulier, il se justifie de procéder à une réduction supplémentaire sur le salaire statistique. En effet, les limitations sont nombreuses dans le cas de l'assuré et rendront difficile sa réinsertion professionnelle. On peut ainsi citer une activité légère seule possible, en position assise, dans un endroit bien éclairé pour permettre une compensation visuelle du déficit d'équilibre, pas de travail avec des machines rotatoires, pas de travaux de peinture, des problèmes linguistiques, des déficits au niveau de la mémoire et un âge avancé (62 ans lorsque l'expertise a été rendue). Au vu de ce qui précède, la Cour de céans retient une réduction à titre de désavantage salarial de 25%. Le salaire d'invalidé s'élève ainsi à CHF 46'653.30 (CHF 62'204.40 – CHF 15'551.10). Enfin, comme l'a relevé le recourant, l'OAI, dans sa décision du 10 juin 2011, aujourd'hui définitive et exécutoire, a aussi reconnu à celui-ci une réduction de 25% sur le montant des salaires ressortant des statistiques.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 Si l'on compare le revenu de valide (CHF 65'294.60) au revenu d'invalidé (CHF 46'653.30), il en résulte un taux d'invalidité de 28,54%, arrondis à 29%, qu'il y a lieu de retenir en l'espèce. Partant, le recours du 3 avril 2014 doit être admis et la décision sur opposition du 5 mars 2014 annulée. Le recourant a droit des indemnités journalières LAA à compter du 1er mai 2011 jusqu'au 30 avril 2012, la coordination avec l'assurance chômage étant réservée. Dès le 1er mai 2012, le recourant a droit à une rente d'invalidité de 29%. Il n'est pas perçu de frais de justice, en application de la gratuité de la procédure valant en la matière (art. 61 let. a LPGA). Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens (art. 61 let. f LPGA). La liste de frais de son mandataire a été produite le 20 janvier 2016, elle établit un décompte de 13 heures et 36 minutes pour le temps consacré pour la procédure de recours devant l'Instance de céans. Le dossier comprenant un double échange d'écritures et l'indemnité demandée par le mandataire ne paraissant pas excessive, il se justifie de la fixer à CHF 3'148.-, soit à 12 heures 36 minutes à CHF 230.- de l'heure et 1 heure à CHF 250.- de l'heure pour les actes effectués après le 1er juillet 2015, plus CHF 139.- de débours, plus CHF 262.95 au titre de la TVA à 8%, soit à un montant total de CHF 3'549.95 et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée qui succombe. la Cour arrête: I. Le recours est admis et la décision sur opposition modifiée comme suit. A. _____ a droit à des indemnités journalières LAA du 1er mai 2011 jusqu'au 30 avril 2012, la coordination avec l'assurance-chômage étant réservée. Dès le 1er mai 2012, A. _____ a droit à une rente d'invalidité de 29%. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il est alloué au recourant une indemnité de partie fixée à CHF 3'148.-, plus CHF 139.- de débours, plus CHF 262.95 au titre de la TVA à 8%, soit un total de CHF 3'549.95, mise intégralement à charge de l'autorité intimée. IV. Communication.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 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 25 janvier 2016/mfa Présidente Greffière-rapporteuse

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