

# FR\_GERICHTE 605 2015 262 vom 1. März 2017

FR Kantonsgericht, 2017-03-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2015\\_262](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2015_262)

FR: FR\_GERICHTE 605 2015 262 du 1 mars 2017

IT: FR\_GERICHTE 605 2015 262 del 1 marzo 2017

## 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 par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

### E. 2

En vertu de 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 a) Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose tout d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré 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) (arrêt TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et les références). b) 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 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; 125 V 456 consid. 5a et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références).

### E. 3

Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA), le droit à l'indemnité journalière (art. 16 LAA) et le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA). a) Conformément à l'art. 10 al. 1 et 54 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident dans les limites de ce qui est exigé par le but du traitement. Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de l'assuré (arrêt TF U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a et la référence citée). Ce qu'il faut entendre par "sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré" n'est pas décrit par le texte de la disposition légale. Eu égard au fait que l'assurance-accidents sociale vise, selon sa conception même, les personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), cette notion est définie notamment par la mesure de l'amélioration attendue de la capacité de travail ou celle de sa reprise, pour autant que celle-là ait été influencée par un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Cette disposition délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à une rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé. Il ne suffit donc pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.3; RAMA 2005 p. 366), ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (arrêts TF U 305/03 du 31 août 2004 et U 89/95 du 21 novembre 1995; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd., 1989, p. 274). Selon le Tribunal fédéral, le droit au traitement ne comprend pas toutes les mesures médicales imaginables mais uniquement celles qui, par des moyens adéquats, sont nécessaires à la guérison de l'atteinte à la santé; il s'ensuit que lesdites mesures doivent, suivant l'art. 54 LAA, se limiter à ce

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 qui est exigé par le but du traitement (ATF 136 V 141 consid. 4.1, 109 V 43 consid. 2a). Le traitement doit non seulement être approprié, c'est-à-dire adéquat, mais également économique. L'assuré a droit à des prestations médicales tant que l'on peut attendre de la continuation du traitement une amélioration notable de son état de santé (ATF 116 V 44 consid. 2c). b) Une fois que le traitement médical d'un événement assuré a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA. Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 123 V 137 consid. 3a; 118 V 293 consid. 2c et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent

être sévères (arrêt TF 8C\_171/2016 du 29 avril 2016 consid. 2.2 et les références). c) Par ailleurs, d'après l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Selon l'al. 2 de cette disposition, le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède.

#### **E. 4**

a) 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. 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).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351). b) 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, toujours selon la jurisprudence, 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 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 138 V 318; 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

## **E. 5**

Le recourant conteste tout d'abord que son état de santé ait pu être considéré comme stabilisé avant l'intervention du 4 juin 2014, de sorte que cette dernière ne peut pas être qualifiée de rechute. A l'appui de sa position, il relève que, selon le Dr D. \_\_\_\_\_, le simple fait qu'une nouvelle intervention chirurgicale ait été réalisée en date du 4 juin 2014 démontre que son état n'était pas stabilisé. Il s'appuie également sur la position exprimée par le Dr C. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 19 février 2016, qui estime que, dans la mesure où la dernière intervention a permis de réduire la douleur au repos mais pas lors des mouvements, « il n'y a ainsi donc pas de stabilisation de l'état de santé ». Cela étant, il sied de relever d'emblée que, par arrêt du 30 avril 2015, la Cour de céans a admis que l'état de santé du recourant pouvait être considéré comme stabilisé à compter du 31 décembre 2012. Cet arrêt, qui n'a pas été contesté, ne saurait être remis en cause aujourd'hui. En effet, le fait que les médecins consultés récemment par le recourant soient d'un avis contraire n'y change rien, puisqu'une nouvelle appréciation médicale ne constitue pas un fait nouveau représentant une cause de révision. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise, comme le demande le recourant.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 D'autre part, il convient de rappeler que la notion d' « état stabilisé », sur le plan du droit de l'assurance-accidents, signifie que les conséquences de l'état de santé de l'assuré sur sa capacité de gain sont stabilisées, mais non que son état de santé ne saurait plus jamais évoluer. Admettre le contraire viderait de sens le concept même de rechute. Dès lors, on ne saurait déduire de l'existence d'une aggravation provisoire de l'état de santé que celui-ci n'était auparavant pas stabilisé. Dans ces conditions, il convient de confirmer, une fois encore, le caractère stabilisé de l'état de santé du recourant à compter du 31 décembre 2012.

## **E. 6**

Le recourant revendique également le versement d'indemnités journalières en lien avec l'incapacité de travail ayant suivi l'intervention du 4 juin 2014. Il prétend à cet égard que la perte de gain doit être calculée par rapport à sa capacité de gain antérieure à l'aggravation de l'état de santé survenue en 2011, et doit prendre en compte cette aggravation. L'autorité intimée, quant à elle, estime que, dans la mesure où l'intervention du 4 juin 2014 – dont elle a admis a posteriori la prise en charge – constitue bien une rechute, une éventuelle incapacité de travail y relative doit être indemnisée par rapport au revenu réalisé par le recourant au moment de la rechute. Or, puisque ce dernier n'exerçait à ce moment aucune activité lucrative et ne percevait plus d'indemnités journalières, le salaire déterminant est de CHF 0.-, de sorte qu'il n'y a pas lieu à indemnisation. a) Selon l'art. 15 al. 1 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré. L'al. 2 précise qu'est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident; est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident. En vertu de l'art. 17 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPG), à 80% du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. Aux termes de l'art. 22 al. 2 OLAA, est réputé gain assuré le salaire déterminant au sens de la législation sur l'AVS, sous réserve de certaines dérogations. L'al.

3 ajoute que l'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire que l'assuré a reçu en dernier lieu avant l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit. D'après l'art. 23 al. 1 OLAA, si, par suite de service militaire, de service civil, de service dans la protection civile ou par suite d'accident, de maladie, de maternité ou de réduction de l'horaire de travail, l'assuré n'a reçu aucun salaire ou n'a touché qu'un salaire réduit, le gain pris en considération est celui qu'il aurait obtenu sans la survenance de ces éventualités. L'al. 8 précise que le salaire déterminant en cas de rechute est celui que l'assuré a reçu juste avant celle-ci ; il ne saurait toutefois être inférieur à 10 % du montant maximum du gain journalier assuré, sauf pour les bénéficiaires de rentes de l'assurance sociale. b) En premier lieu, il convient de rappeler le but des indemnités journalières, qui visent à couvrir la perte de gain découlant d'une incapacité médicale de travail. En d'autres termes, les indemnités journalières s'adressent aux travailleurs qui, pendant une certaine période et pour une raison médicale, ne sont plus à même d'exercer leur activité professionnelle et donc de percevoir un revenu à ce titre, ce qui n'est pas nécessairement le cas lorsque survient la rechute.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 En l'espèce, il n'est pas contesté qu'au moment de la rechute du 4 juin 2014, le recourant n'exerçait aucune activité lucrative et n'était pas non plus au bénéfice d'indemnités journalières de l'assurance-accidents en lien avec les troubles de son poignet droit. La Cour constate dès lors que, dans la mesure où le recourant n'exploitait pas sa capacité de travail avant l'intervention du 4 juin 2014, ceci pour des raisons ne sachant engager la responsabilité de l'assureur-accidents intimé, l'incapacité de travail qui en a découlé n'a pu lui causer aucune perte de gain et ne saurait a priori être journalièrement indemnisée par cet assureur. L'opération subie par le recourant le 4 juin 2014 n'ayant entraîné aucune conséquence économique (perte de salaire, cf. dans ce sens arrêt TF 8C\_898/2008 du 17 décembre 2009 consid. 3 et les références citées, qui fait de la perte de salaire une condition du droit aux indemnités journalières), c'est à juste titre que son droit à des indemnités journalières a été nié.

#### **E. 7**

Est enfin litigieuse la question d'un éventuel droit à une rente d'invalidité au sens des articles 18 et 19 LAA. a) 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. Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputé 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. 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 Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux. Il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGA (art. 18 al. 2 LAA). Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a adopté

l'art. 28 al. 3 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (RS 832.202 ; OLAA). Aux termes de cette disposition, si la capacité de travail de l'assuré était déjà réduite de manière durable avant l'accident par suite d'une atteinte à la santé non assurée, il y a lieu, pour évaluer l'invalidité, de comparer le revenu que l'assuré aurait pu réaliser compte tenu de la diminution de sa capacité de travail initiale avec celui qu'il pourrait encore obtenir en dépit des suites de l'accident et de l'atteinte préexistante. Sont visées ici des atteintes à la santé dissociables. Dans ce cas, il n'y a pas matière à réduction selon l'art. 36 al. 2 LAA parce qu'est déterminant pour l'évaluation du degré d'invalidité le revenu réduit touché avant l'accident (cf. JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., 2007, note de bas de page 339 p. 903).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 c) 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). d) En ce qui concerne le revenu d'invalidité, on tient compte de la perte de gain effective si on peut admettre que la personne assurée utilise au mieux sa capacité résiduelle de travail et si le revenu obtenu est en adéquation avec la prestation fournie. On se fonde sur un revenu hypothétique lorsque la personne assurée ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident (G. FRÉSARD-FELLY, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, Berne 2015, § 286 p. 421). Ainsi, on ne saurait se fonder uniquement 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 correspond 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'invalidité (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa). 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'invalidité 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). e) 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).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 f) 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'OAI 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 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). g) En l'espèce, le recourant estime que l'aggravation de son état de santé à compter de 2011 justifie l'octroi d'une rente d'invalidité LAA. L'autorité intimée estime quant à elle que dans la mesure où, avant l'aggravation de son état de santé en 2011, le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée qu'il n'exerçait toutefois pas, et qu'à compter du 1er janvier 2013, il dispose toujours d'une telle capacité de travail entière dans une activité identique, il ne subit aucune perte économique. Il convient à cet égard de revenir sur l'historique médical et professionnel du recourant. aa) A compter du 1er novembre 2007, le recourant a été engagé en tant que mécanicien à 50% suite à un stage de réadaptation professionnelle mis en place par l'OAI. Le recourant était alors déjà en arrêt de travail à 50%, « essentiellement en raison de [son] poignet et d'un problème de genou droit » (courrier du 12 avril 2010 du Dr E. \_\_\_\_\_, bordereau intimée, pièce 53).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 Le 30 juin 2009, la SUVA lui a reconnu, à compter du 1er juillet 2009, le droit à une rente de 15 % en lien avec l'atteinte au genou droit. Suite à la nouvelle demande déposée par l'intéressé en 2008, l'OAI a à nouveau refusé, le 27 avril 2010, de lui octroyer une rente en raison d'un taux d'invalidité estimé à 31 %. L'OAI a en effet considéré qu'il était en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 25 % tenant compte des troubles psychiques dont il était atteint, de la nécessité de changer fréquemment de position en raison de ses troubles lombaires, d'une certaine lenteur dans l'exécution des mouvements du membre supérieur droit, des séquelles douloureuses au niveau du poignet droit et d'une épicondylite. La position de l'OAI a également été confirmée par la Cour de céans (605 2010 181) puis par le Tribunal fédéral (arrêt 8C\_245/2012 du 9 avril 2013). La Cour relève ainsi que dès 2010, il est avéré que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, qu'il n'exerçait toutefois pas entièrement puisqu'il ne travaillait qu'à hauteur de 50% en raison de différents troubles, notamment psychiques, lombaires et du genou, lesquels ne concernent pas l'autorité intimée, en plus de ses troubles du poignet droit. bb) L'aggravation de l'état de santé invoquée aujourd'hui par le recourant fait suite à des investigations médicales réalisées au printemps 2010 par le Dr E. \_\_\_\_\_, médecin-traitant du recourant, spécialiste FMH en chirurgie de la main, qui avait alors diagnostiqué une arthrose radio-cubitale distale, scapho-trapèze et pyramido-pisiforme ainsi qu'un syndrome du tunnel carpien à droite également. Sur mandat de la Vaudoise, une expertise a été mise en œuvre le 13 septembre 2010 par le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. L'expert y relève que « dans un rapport médical du [310].05.2010, le Dr E. \_\_\_\_\_ retenait pour le membre supérieur droit un arrêt de travail à 50% à partir du 24.03.2010. En pratique, cela ne changeait rien car le patient était de toute façon déjà depuis plusieurs années à l'arrêt de travail à 50% en raison de ses lombalgies et de ses gonalgies droites » (rapport d'expertise du 28 septembre 2010 à l'attention de la Vaudoise, bordereau intimée, pièce 68, p. 6). Il souligne également que « le patient estime qu'une guérison même totale de son poignet ne saurait augmenter son rendement dans le poste de travail actuel » (idem, p. 11). En conclusion, il constate que la capacité de travail actuelle du patient « semble péniblement plafonner à 50% pour d'autres raisons » (idem, p. 12). Sur cette base, l'autorité intimée a confirmé la prise en charge du traitement des troubles annoncés, à l'exclusion du syndrome du tunnel carpien. cc) Le 29 mars 2011, l'assuré a subi une intervention chirurgicale et la pose d'une prothèse radio-cubitale distale droite. Les indemnités journalières découlant de l'incapacité de travail totale qui a suivi ont été prises en charge par l'autorité intimée. Dès le 7 novembre 2011, l'intéressé a ensuite repris à 25% son travail de mécanicien, jusqu'à son licenciement avec effet au 30 avril 2012. Dans un rapport d'expertise du 16 mars 2012 à l'attention de la Vaudoise, le Dr F. \_\_\_\_\_ constate que « l'intervention du 29.03.2011 n'a malheureusement pas amélioré ce patient. Au contraire, les douleurs ont augmenté d'intensité et il présente actuellement une limitation fonctionnelle qui se répercute défavorablement sur son habileté manuelle » et ce médecin préconise une nouvelle intervention chirurgicale (bordereau intimée, pièce 129, p. 4).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 Le 4 mai 2012, il a été procédé au retrait de la prothèse et à une arthroplastie. Cette intervention, ainsi que les indemnités journalières découlant de l'incapacité de travail à 100% qui a suivi, ont été prises en charge par l'autorité intimée. En décembre 2012, le médecin-conseil de la Vaudoise, le Dr G. \_\_\_\_\_, a estimé que l'assuré ne subissait plus d'incapacité de travail en lien avec le poignet droit dans une

activité adaptée (bordereau intimée, pièce 173). La Vaudoise a ensuite à nouveau mandaté le Dr F. \_\_\_\_\_ pour une nouvelle expertise, lequel a indiqué, dans son rapport du 3 avril 2013, que l'état actuel du poignet droit de l'assuré était stabilisé, tout en présentant des séquelles douloureuses ne pouvant plus être améliorées par d'autres interventions. Il relève que le recourant lui-même admet que l'état de son poignet droit est compatible avec une activité légère, mais estime que son handicap résiduel l'a rendu totalement invalide en raison de son âge, de ses ressources et de la situation défavorable du marché du travail. L'expert parvient à la conclusion qu'en tenant compte uniquement des troubles du poignet droit, toute activité professionnelle ne nécessitant pas d'effort ni de mouvement répétitif du point droit serait exigible, même à plein temps (bordereau intimée, pièce 182). dd) Cela étant, il sied de relever d'emblée que, dans son arrêt du 30 avril 2015, la Cour de céans a admis que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 1er janvier 2013, date à partir de laquelle l'autorité intimée a mis fin aux indemnités journalières. Dans ces conditions, sur ce point également, ce jugement, qui n'a pas été contesté par le recourant, ne saurait être remis en cause aujourd'hui, de sorte qu'il doit être retenu qu'à compter du 1er janvier 2013, le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée au regard du seul poignet droit. Par ailleurs, à l'heure actuelle, l'état du poignet du recourant ne s'est pas aggravé, bien au contraire. En effet, selon le Dr F. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 16 octobre 2014, « l'intervention du 04.06.2014 était judicieuse. Elle a permis de diminuer les douleurs et d'augmenter la force de la main. L'état actuel est à nouveau en voie de stabilisation et les conclusions de [son] expertise du 18.03.2013 restent toujours valables » (bordereau intimée, pièce 222). De son côté, le Dr C. \_\_\_\_\_, dans le rapport du 19 février 2016 produit par le recourant, affirme également que l'intervention de 2014 a permis de sensiblement réduire les douleurs au repos. La Cour prend ainsi acte du fait que l'intervention du 4 juin 2014 a permis d'améliorer l'état du poignet du recourant par rapport à la situation qui prévalait au 1er janvier 2013. Au vu de ce qui précède, la Cour constate que l'état de santé actuel du recourant, s'agissant de son seul poignet droit, lui permet d'exercer une activité adaptée à 100% similaire à celle qui avait été considérée comme exigible par l'OAI en 2010. L'aggravation constatée lors de l'intervention de 2011 a en effet pu aboutir à une stabilisation de son état de santé à compter du 1er janvier 2013, lequel a encore subi une amélioration suite à la dernière intervention pratiquée en 2014. ee) Enfin, quant au projet d'acceptation de rente du 16 mars 2016 rendu par l'OAI, force est de constater que le taux de 25% d'aptitude à l'exercice d'une activité professionnelle prend en

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 considération l'ensemble des pathologies (lombaires, de genou et psychiques) dont souffre le recourant et non uniquement les troubles du poignet droit découlant de l'accident assuré. Le recourant ne peut donc pas s'appuyer sur le taux d'invalidité retenu par l'OAI pour en déduire un droit à une rente LAA à faire valoir auprès de l'assureur intimé. ff) Dans ces conditions, et compte tenu du fait qu'il dispose encore à l'heure actuelle d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, identique à celle admise avant l'aggravation de 2011, la Cour constate que la rechute annoncée par le recourant n'engendre aucune diminution à terme de sa capacité de gain. Partant, une rente d'invalidité LAA pouvait à bon droit lui être refusée.

## **E. 8**

Initialement litigieuse, la question du taux de 5% de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) ne l'est plus. La Cour de céans prend en effet acte que, dans le cadre de l'échange

d'écritures, l'autorité intimée a reconnu un taux d'atteinte à l'intégrité de 10%, cela sur la base du rapport du 23 mars 2016 du Dr D.\_\_\_\_\_, lequel expose que l'atteinte à l'intégrité subie par le recourant doit être estimée à au moins 10%, par analogie avec une arthrodèse intra-carpienne. Dans la mesure où ce taux correspond tant aux tables de la SUVA qu'à l'avis médical produit par le recourant, la Cour constate que ce taux doit être confirmé. Le recours doit donc être admis sur ce tout dernier point.

## **E. 9**

Compte tenu de ce qui précède, il s'ensuit que la Vaudoise a nié à juste titre le droit du recourant à des indemnités journalières en lien avec l'intervention du 4 juin 2014 et à une rente d'invalidité LAA, de sorte que le recours doit être rejeté sur ces points. Il est en revanche admis en ce qui concerne l'IPAI. a) Il n'est pas perçu de frais de justice, en application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière. b) Ayant eu très partiellement gain de cause, le recourant a droit à des dépens proportionnés, soit dans une mesure de  $\frac{1}{4}$  (1 point admis sur les 4 soulevés par lui). La liste de frais produite par son mandataire, datée du 1er février 2017, atteste d'un total de 1'765 minutes de travail, ce qui correspond à environ 29 heures 30 de travail. Cela étant, la Cour constate que nombre d'opérations facturées ne concernent pas le présent recours et se rapportent notamment au recours formé en 2013, qui avait été rejeté par la Cour de céans et dans le cadre duquel on ne saurait dès lors allouer de dépens aujourd'hui. Partant, il convient de s'écarter de la liste de frais produite et de fixer les dépens ex aequo et bono, compte tenu du gain de cause très partiel, à CHF 1'200.- débours compris, plus CHF 96.- au titre de la TVA, soit à une somme de CHF 1'296.-, ce qui correspond à plus d'un quart de l'indemnité moyenne allouée en cas de pleine admission du recours dans des affaires similaires. Ce montant est mis à la charge de l'autorité intimée.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 la Cour arrête: I. Le recours est très partiellement admis. La décision querellée est modifiée en ce sens qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% est accordée au recourant. Pour le reste, elle est entièrement confirmée. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il est alloué au recourant pour ses frais de défense une indemnité de CHF 1'200.-, débours compris, plus CHF 96.- de TVA, soit une somme totale de CHF 1'296.-, à la charge de l'autorité intimée. IV. 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 1er mars 2017/isc Président Greffière