

FR_GERICHTE 605 2015 293 vom 22. Mai 2015

FR Kantonsgericht, 2015-05-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2015_293

FR: FR_GERICHTE 605 2015 293 du 22 mai 2015

IT: FR_GERICHTE 605 2015 293 del 22 maggio 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 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) En vertu de l'art. 6 al. 1 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. Selon l'art. 4 de la loi fédérale 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 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 entraîne la mort. b) 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. Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il n'est en revanche pas

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 nécessaire 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 (arrêt TF 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3 et les références citées; ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 4.3). 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 (ibidem). c) 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 et 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références citées). Lorsque des symptômes consécutifs à un accident ne sont pas objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (arrêt TF 8C_445/2013 du 27.03.2014 consid. 4.3.1; ATF 134 V 109 consid. 10; 117 V 359 consid. 6 et 369 consid. 4; 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5). L'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (arrêt TF U 297/01 du 8 août 2002 consid. 3.3; ATF 119 V 335 consid. 4c).

E. 3

a) Au sens de l'art. 10 LAA, l'assuré a en effet droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a). Ce droit s'étant à toutes les mesures qui visent une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. La preuve que la mesure envisagée permettra d'atteindre cet objectif doit être établie avec une vraisemblance suffisante; elle est rapportée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêt TF 8C_584/2009 du 2 juillet 2010 et les références citées). Ce qu'il faut entendre par « sensible amélioration de l'état 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 la 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 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). Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (arrêt TF 8C_584/2009 du 2 juillet 2010 et les références citées). b) D'après l'art. 21 LAA en revanche, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants : a. lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle; b. lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci; c. lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain; d. lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration. L'art. 21 al. 3 1ère phrase LAA précise encore qu'en cas de rechute et de séquelles tardives, le bénéficiaire de

la rente peut prétendre non seulement à la rente, mais également aux prestations pour soins et au remboursement de frais (art. 10 à 13).

E. 4

a) Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 2 LPGA, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. b) Aux termes de l'art. 18 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. En vertu de l'art. 19 al. 1 LAA, 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. c) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30; voir également SVR 2010 IV n° 11 p. 35, arrêt TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3.1). d) En vertu de l'art. 19 al. 3 LAA et de l'art. 30 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint : a. dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI; b. avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle; c. avec la fixation de la rente définitive.

E. 5

En application de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 126 V 75 consid. 1b/VSI 2000 p. 314 et les références citées).

E. 6

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). 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. S'agissant du médecin traitant, il faut tenir compte du fait d'expérience qu'il est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). On rappellera que le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du devoir d'administrer les preuves nécessaires (art. 61 let. c LPGA) ou plus généralement une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général : ATF 131 I 153 consid. 3; 130 II 425 consid. 2).

E. 7

Est en l'espèce litigieuse l'augmentation du droit à la rente d'invalidité, fixée à l'origine, après annonce d'une première rechute, sur un taux de 25% et que le recourant souhaite voir révisée après l'annonce d'une seconde rechute. a) Par décision du 6 février 2013, la CNA avait en effet octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 25% à partir du 1er janvier 2013 (dossier CNA pce 217), tenant en cela compte d'une

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 atteinte accidentellement survenue à ski en 2007, au niveau du genou droit, ainsi que d'une première rechute annoncée en 2010. Pour déterminer l'exigibilité professionnelle et dès lors la rente d'invalidité de l'assuré, la CNA avait alors fait sienne l'appréciation médicale du 9 novembre 2012 du Dr D. _____, médecin spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie ainsi que médecin d'arrondissement de la CNA, qui avait estimé que l'exercice de l'activité habituelle (au poste adapté à ses limitations fonctionnelles avec l'accord de son employeur en 2011) était exigible à 75% et qu'une activité de substitution adaptée à ses limitations fonctionnelles (alternance de la position assise/debout, port de charges de 20 kg au plus, restriction importante pour l'utilisation d'échelles, d'échafaudages, de marche sur terrain irrégulier, se mettre à genou, monter et descendre des escaliers) pourrait être exercée à plein temps avec un rendement complet. b) Le 7 mai 2014, l'assuré a annoncé une seconde rechute. aa) Depuis lors, les pièces médicales ont pour l'essentiel été déposées au dossier : -

Le rapport médical du 4 juin 2014 du Dr E. _____, médecin spécialiste FMH en médecine interne, qui a fait état d'une récurrence de gonalgies (dossier CNA pce 242). - Le rapport médical du 30 décembre 2014 du Dr F. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et a fait état d'un pronostic défavorable à une capacité de travail de 75% (dossier CNA pce 287). - Le rapport médical du 8 janvier 2015 du Dr D. _____, médecin spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et médecin d'arrondissement de la CNA, qui, au titre d'« appréciation sur le plan de l'incapacité de travail » a noté que « l'assuré est actuellement au bénéfice d'une rente de 25% et il travaillait régulièrement dans l'entreprise C. _____ à B. _____ à 75% avec un rendement de 100%. Au vu de la péjoration de l'état général et également lié à la péjoration de l'état du genou droit et gauche, on a diminué la capacité de travail jusqu'à 50% puis plus récemment la capacité de travail a été remontée à 75%. Après discussion avec l'assuré nous avons convenu que le 25% d'incapacité de travail se poursuivait jusqu'à la fin janvier 2015 et qu'à partir du 1er février 2015, on pouvait passer à 20% d'incapacité de travail c'est-à-dire une amélioration de la capacité de travail de 5% par rapport à l'état actuel. Toutefois, on peut considérer qu'il s'agit d'une baisse durable de la capacité de travail de l'assuré. Concernant l'exigibilité qui avait été définie lors de l'examen médical final du 9 novembre 2012, il n'y a rien à changer et on peut s'y tenir. Il est souhaitable que l'inspecteur [de la CNA] prenne contact avec l'entreprise et qu'avec l'assuré il puisse discuter d'une nouvelle clé de répartition de même que le tenant et aboutissant de la situation de santé actuelle. [...] Actuellement il n'y a pas lieu de modifier l'estimation de l'atteinte à l'intégrité sur laquelle on a statué le 23 avril 2009, mais en fonction de l'évolution de la situation des 2 genoux, celle-ci pourrait être revue dans le futur » (dossier CNA pce 291). Sur la base de ce rapport de son médecin d'arrondissement, la CNA a, le 25 février 2015, mis un terme au versement de l'indemnité journalière au 31 mai 2015. bb) Ont ensuite été produits : - Les rapports médicaux des 7 mai et 1er juin 2015 du Dr G. _____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, de H. _____, qui a fait état d'une arthrose importante prédominant au niveau du compartiment interne du genou droit. Il a, tout d'abord, requis une nouvelle IRM et,

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 ensuite, organisé la prise en charge du patient par des spécialistes du genou ligamentaire afin de s'assurer d'avoir épuisé tout traitement conservateur (dossier CNA pces 328, 331, 338). - Le rapport médical du 9 juin 2015 du Dr I. _____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, de H. _____, qui a diagnostiqué un syndrome fémoro-patellaire du genou droit et une gonarthrose bilatérale prédominante à droite. Le médecin a mentionné que son patient était épuisé par sa situation et était très demandeur d'une solution chirurgicale. Il lui a proposé de traiter son déséquilibre musculaire avec un physiothérapeute du sport, en vue d'améliorer sa mécanique de marche et de diminuer ses douleurs (dossier CNA pce 332). A réception de ce dernier rapport médical, la CNA a, le 30 juin 2015, repris le versement de l'indemnité jusqu'à stabilisation de l'état de santé. cc) Dans son rapport médical du 15 septembre 2015, le Dr J. _____, médecin spécialiste FMH en médecine interne, de H. _____, a exposé qu'à présent un geste chirurgical n'apporterait pas d'amélioration au niveau de la symptomatologie douloureuse. Il a néanmoins estimé que plusieurs stratégies thérapeutiques, à savoir visco-supplémentations, PRP et physiothérapie, étaient à envisager et que l'assuré devrait retrouver sa pleine capacité de travail dans les mois suivants (dossier CNA pce 350). En se fondant sur ce rapport, la CNA a, par décision du 23 septembre 2015,

considéré que l'état final était atteint et mis un terme au paiement de l'indemnité journalière et des frais de traitement au 30 novembre 2015, à l'exception des coûts relatifs au traitement médicamenteux et au traitement de physiothérapie pour l'année 2015. En outre, considérant que l'exigibilité professionnelle était demeurée inchangée, elle a refusé d'augmenter le droit à la rente de l'assuré. dd) Dans son rapport médical du 26 octobre 2015, le Dr K. _____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin traitant de l'assuré, de L. _____, a diagnostiqué des gonalgies droites bilatérales, plus importantes à droite, sur chondropathie importante du compartiment interne à droite, modérée du compartiment à gauche. Il a fait état d'une aggravation des douleurs depuis 6 mois. Son patient lui aurait indiqué que la physiothérapie n'avait eu que peu d'effet sur ses troubles. De plus, le médecin dit qu'il n'était pas convaincu qu'une visco- supplémentation puisse améliorer l'état du genou droit. Il a proposé un nettoyage par arthroscopie des deux genoux. Par ailleurs, la pose d'une héli-prothèse ou prothèse totale interne serait à son avis prématurée. Le médecin traitant a finalement proposé, en vue de soulager les douleurs, une arthroscopie de nettoyage des deux genoux. En ce qui concerne l'exigibilité, il a exposé : « La place de travail du patient a été aménagée en 2011 et elle est pour l'instant bien supportée, mais dans une activité à 60%. A moins de modifier diamétralement la place de travail du patient, avec alternance des positions assise-debout, sans port de charges, déplacements limités, on pourrait imaginer une activité à 100%, mais je ne pense pas qu'une telle place de travail existe au sein de l'entreprise actuelle de [l'assuré] » (dossier CNA pce 360). Dans son rapport médical du 10 novembre 2015, le Dr M. _____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique ainsi qu'en traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement suppléant de la CNA, a souligné que le Dr K. _____ n'avait pas remis en cause l'exigibilité qui avait conduit à détermination du droit à la rente de l'assuré. Il a de plus confirmé que des débridements arthroscopiques ne permettraient pas de modifier la situation de manière substantielle chez un patient présentant des altérations dégénératives. Il a par ailleurs également noté que la pose d'une prothèse serait pour l'heure prématurée. Enfin, il a confirmé l'exigibilité professionnelle précédemment retenue (dossier CNA pce 365).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 Par décision sur opposition du 16 novembre 2015, la CNA, faisant sienne l'appréciation de Dr M. _____, a confirmé sa décision du 23 septembre 2015. D'autres pièces médicales, qui ne sont pas directement déterminantes, figurent par ailleurs au dossier (dossier CNA pces 239, 243 à 246, 249, 252, 258, 260 s., 264, 268 s. 272, 274 à 286, 288, 290, 297 à 300, 312, 326 s., 337, 345, 355, 362). c) A titre liminaire, il sied de constater que l'état de santé du recourant est stabilisé et qu'aucune amélioration notable ne peut être attendue à défaut de traitement envisageable. Ceci a été constaté par le Dr M. _____, médecin d'arrondissement suppléant de la CNA, ainsi que par le Dr J. _____ et par le Dr K. _____, médecin traitant de l'assuré. Le recourant l'a par ailleurs explicitement admis dans son écriture de recours. En conséquence, le droit à la rente du recourant peut être derechef fixé, après sa rechute annoncée en 2014 (art. 19 al. 1 LAA). aa) L'état de santé du recourant paraît à cet égard s'être péjoré depuis la décision du 6 février 2013. La symptomatologie douloureuse a en effet été jugée plus importante que lors de l'octroi du droit à la rente. Il a ainsi été constaté que le recourant n'était plus apte à exercer son activité habituelle à hauteur de 75%. De plus, force est de constater que, dans sa décision du 6 février 2013, la CNA a fixé le taux d'invalidité de 25%, non pas en se fondant sur le revenu d'invalidé réalisable dans une activité de substitution adaptée ainsi qu'elle le prétend, mais bel et bien sur la base du revenu d'invalidé effectivement réalisé par le

recourant dans son activité habituelle. En effet, aucun calcul de comparaison réalisé avec le revenu d'invalidé réalisable dans une activité de substitution adaptée ne figure au dossier de la CNA. Par ailleurs, les documents mentionnés au titre de preuves par la CNA dans son écriture ampliative du 3 mai 2016 ne corroborent en rien ses allégations. Tout au contraire, le taux d'invalidité fixé, qui correspond exactement à la capacité de travail résiduelle du recourant dans son activité habituelle, et surtout le texte de la décision du 6 février 2013 (pce 217, cf. deuxième page, 4ème paragraphe) montrent bien que le calcul a été effectué en référence à l'activité habituelle (exercée à 75%) exclusivement. bb) Cela étant, si la rente a été initialement calculée sur la base du revenu d'invalidé effectivement réalisé dans son activité habituelle de 75% et si ce pourcentage n'est aujourd'hui plus exigible en raison d'une péjoration de l'état de santé du recourant, cela ne signifie pas encore que le droit à la rente de ce dernier doit nécessairement être révisé en sa faveur. La capacité de travail dont dispose le recourant dans une activité de substitution adaptée à ses limitations fonctionnelles doit en effet encore être examinée (ce qui n'a manifestement pas été fait par la CNA en 2013). Ainsi, il s'agit de savoir si sa capacité de travail dans une activité de substitution peut être établie sur la base de la documentation médicale existante et, dans l'affirmative, de savoir si cette capacité lui permettrait de réaliser un revenu d'invalidé correspondant à 75% ou plus de son revenu de valide. cc) Il ressort du dossier médical déposé en cause que la capacité de travail du recourant est toujours restée entière et totale dans une activité de substitution adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cela ressort expressément des deux rapports des médecins d'arrondissement de la CNA : l'exigibilité professionnelle précédemment retenue est confirmée. Cette argumentation est

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 tout à fait défendable : le poste de travail actuellement occupé par le recourant, même s'il a en 2011 subi quelques adaptations, sollicite toujours ses genoux. Or, le fait que sa capacité de travail dans une activité sollicitant les genoux ait diminué n'implique pas automatiquement une diminution de sa capacité de travail dans une activité légère épargnant les genoux, tout au contraire. Il convient de souligner que le Dr K. _____, médecin traitant de l'assuré, a, dans son rapport médical du 26 octobre 2015, également explicitement noté qu'une activité adaptée à l'état de santé de son patient était imaginable à 100%. En somme, les médecins de la CNA et le médecin traitant du recourant sont unanimes à cet égard et aucune pièce médicale figurant au dossier ne contredit cette appréciation. Le recourant n'a d'ailleurs pas non plus allégué le contraire. dd) C'est aussi le lieu de noter que, sur le plan psychique, aucune incapacité de travail n'a été retenue par le psychiatre sollicité. En tout état de cause, un lien de causalité adéquat entre la dépression diagnostiquée et l'accident du 3 février 2007 fait défaut, étant entendu que selon l'expérience un accident de ski n'est pas de nature à entraîner des chocs psychiques extraordinaires, tant s'en faut (cf. arrêt TF 8C_354/2011 du 3 février 2012 consid. 4.2). L'éventuel impact d'un état dépressif sur les plaintes du recourant (un trouble somatoforme douloureux a finalement été évoqué) ne saurait ainsi devoir être assumé par l'assurance-accidents. ee) Quoi qu'il en soit, les preuves figurant au dossier de la cause, constituées essentiellement de pièces médicales, ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une expertise complémentaire, ainsi que l'a sollicité le recourant dans son mémoire de recours et ses contre-observations (cf. supra 6). Une comparaison du revenu de valide du recourant et de son revenu d'invalidé réalisable dans une activité de substitution adaptée exercée à 100% doit donc être effectuée.

E. 8

a) Selon l'employeur du recourant, sans invalidité ce dernier aurait réalisé un revenu mensuel de CHF 5'495.- en 2015 (dossier CNA pce 314). Son revenu annuel de valide s'élève donc à CHF 71'435.- (CHF 5'495.- x 13). A défaut d'activité adaptée exercée, il sied de se référer à l'Enquête suisse sur la structure des salaires, année 2012, et de l'indexer à 2015. Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit, pour cette année-là, CHF 5'210.- par mois (TA1, hommes, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,7 heures; la Vie économique, Tableau B 9.2 Durée hebdomadaire normal du travail dans les entreprises), ce montant doit être porté à CHF 5'431.40, ce qui correspond à un revenu annuel de CHF 65'176.80. Indexé à 2015 selon l'indice des salaires nominaux de la branche ([65'176.80 + 0.8% + 0.7% + 0.3%]; cf. Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels de l'OFS, T39, salaires nominaux, hommes), on obtient un revenu annuel d'invalidé de CHF 66'356.55.-. Dans la mesure où le recourant dispose d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité de substitution adaptée, une réduction supplémentaire au titre de désavantage salarial est exclue (cpr. arrêt TF 8C_80/2013 du 17 janvier 2014 consid. 4.2).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 De la comparaison des revenus, il résulte une invalidité de 7%. b) Le taux d'invalidité de 25%, retenu par la CNA dans les décisions des 6 février 2013 et 23 septembre 2015 et décision sur opposition du 16 novembre 2015, apparaît donc particulièrement généreux. Son droit à la rente d'invalidité ne peut ainsi être augmenté.

E. 9

a) La question de savoir si le recourant a droit à des prestations pour soins et au remboursement de frais au-delà du 30 novembre 2015, respectivement 31 décembre 2015 s'agissant des coûts relatifs au traitement médicamenteux et au traitement de physiothérapie, se pose encore. Dans la mesure où le droit à la rente du recourant a été fixé, le droit à des prestations pour soins et au remboursement de frais doit être examiné à l'aune de l'art. 21 et non plus des art. 10 ss LAA. Le recourant a, dans ses écritures successives, reproché à la CNA de ne pas avoir examiné si les traitements conservateurs proposés par les médecins traitants devaient être pris en charge au motif qu'ils lui permettraient de conserver sa capacité résiduelle de gain ou empêcheraient à tout le moins que son état de santé subisse une notable détérioration. b) Ainsi que nous l'avons vu, l'état de santé du recourant a bien subi une péjoration, l'empêchant d'exercer son activité habituelle à un taux de 75% comme avant sa rechute. Il a toutefois été constaté que le recourant disposait toujours d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, aucun des médecins sollicités n'a soutenu qu'en exerçant une activité professionnelle adaptée, le recourant risquait une notable détérioration de son état de santé et, dès lors, une diminution de sa capacité de travail. Le recourant ne l'a pas allégué non plus. Les conditions de l'art. 21 LAA pour bénéficier de prestations pour soins et du remboursement de frais au-delà de la fixation de la rente ne sont ainsi pas remplies.

E. 10

Enfin, le recourant a, dans son écriture de recours du 15 décembre 2015, requis à titre subsidiaire la reconnaissance d'une rente transitoire au sens de l'art. 30 OLAA. Bien que la CNA ne se soit pas prononcée sur cette question (ni dans la décision du 23 septembre 2015,

ni dans la décision sur opposition du 16 novembre 2015), l'objet du présent litige peut être étendu à la question du droit à une rente transitoire, dans la mesure où les conditions jurisprudentielles topiques sont remplies (ATF 130 V 503; 122 V 36 consid. 2a et les références citées) : en effet, la question est en état d'être jugée; les questions de la révision de la rente ordinaire, du droit au traitement médical et du droit à une rente transitoire sont fondées sur un état de fait essentiellement commun; le recourant a dans son écriture de recours explicitement conclu à la reconnaissance d'une rente transitoire; et l'autorité intimée a dans ses observations du 1er février 2016 notamment s'est prononcé à ce sujet et a conclu à son refus. Le versement d'une rente transitoire – et sa suppression en cas d'allocation d'une indemnité journalière de l'assurance-invalidité – n'intervient que dans l'hypothèse où l'assureur, à la fin du traitement médical, n'est pas à même de fixer le taux d'invalidité, faute de connaître le résultat de mesures de réadaptation à venir (arrêt TF 8C_1015/2012 du 28 octobre 2013 consid. 3.2). Or, en l'espèce, ainsi que nous l'avons vu, le recourant dispose d'une capacité de travail pleine et entière dans activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et son droit à la rente a pu être fixé (cf. à cet égard également la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg du 14 mars

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 2016, produite par la CNA avec son écriture ampliative du 3 mai 2016, refusant le droit à des mesures de réadaptation au recourant). Les conditions d'octroi d'une rente transitoire au sens de l'art. 30 OLAA ne sont donc pas non plus remplies.

E. 11

a) Sur le vu de tout ce qui précède, le recours du 15 décembre 2015, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition du 16 novembre 2015 confirmée. b) En application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice. c) Il n'est pas alloué de dépens à la CNA, chargée de tâches de droit public (cf. arrêts TF 8C_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6; 9C_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8 et la référence citée). la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 22 mai 2015/ yho Président Greffier

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