

FR_GERICHTE 605 2016 103 vom 26. März 2018

FR Kantonsgericht, 2018-03-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_103

FR: FR_GERICHTE 605 2016 103 du 26 mars 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2016 103 del 26 marzo 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 23

août 2006. S'agissant de la rente d'invalidité, la SUVA a considéré, en se fondant essentiellement sur les prises de position de ses médecins d'arrondissement, que l'assuré serait capable d'exercer à plein temps, sans diminution de rendement, une activité respectant ses limitations fonctionnelles (port de charges limité à 15 kg et position principalement assise) dans différents secteurs de l'industrie et dès lors de réaliser un salaire de CHF 58'119.-; en comparant ce revenu d'invalidité à son revenu de valide de CHF 83'850.- (CHF 6'450.- x 13), elle est parvenue à un taux d'invalidité de 30'68%. La SUVA a estimé que le gain annuel assuré se montait à CHF 79'458.- (dossier SUVA pce n° 319). E. Le 26 avril 2016, A. _____, représenté par Me Telmo Vicente, avocat, interjette recours de droit administratif à l'encontre de la décision du 23 mars 2016 auprès du Tribunal cantonal, en concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 41% équivalent à un montant de CHF 2'276.-. Il considère que la SUVA aurait dû, à l'instar de l'OAI, se fonder sur le rapport du CEPAI et retenir une diminution de rendement de 15%. Il reproche à la SUVA d'avoir accordé une pleine valeur probante aux rapports médicaux de ses médecins d'arrondissement. Il estime que son revenu d'invalidité devrait être fixé à CHF 49'401.15. Enfin, déclarant contester le gain annuel assuré de CHF 79'458.- retenu, il s'en prend à la fixation du revenu de valide effectuée par la SUVA dans le cadre de la comparaison des revenus. A son sens, son revenu de valide doit être fixé à CHF 83'304.-. F. Dans son courrier du 4 août 2016, la SUVA, représentée par Me Didier Elsig, avocat, soutient que la décision du 23 mars 2016 ne peut être attaquée que par voie d'opposition. Il conclut dès lors à l'irrecevabilité du recours. Par écriture du 26 août 2016, le recourant s'inscrit en faux, concluant, principalement, à la recevabilité du recours et, subsidiairement, à une conversion d'actes et au transfert du recours à l'autorité intimée comme objet de sa compétence. Dans son courrier du 29 septembre 2016, la SUVA expose que le recours peut lui être transféré comme objet de sa compétence. Par décision incidente du 13 octobre 2016, le Greffier-rapporteur délégué à l'instruction a retenu que la décision du 23 mars 2016 devait être considérée comme une décision sur opposition et a par conséquent déclaré le recours du 26 avril 2016 recevable. G. Dans ses observations sur le fond du 30 janvier 2017, la SUVA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. D'une part, la SUVA estime que le recourant n'a apporté aucun élément médical susceptible de remettre en question l'appréciation de ses médecins d'arrondissement. D'autre part, elle précise, s'agissant de la fixation du gain annuel assuré, que le revenu réalisé durant l'année précédant l'accident a été adapté au moyen de l'indice des salaires nominaux conformément

à la jurisprudence. Invité par le Greffier-rapporteur délégué à l'instruction, l'OAI a produit, par courrier du 13 décembre 2017, le rapport de stage du 16 juillet 2012 du CEPAI puis, par courrier du 16 janvier 2018, l'entier de son dossier.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 H. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments des parties, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. L'objet du litige porte sur le taux de la rente d'invalidité devant être allouée au recourant, à l'exclusion de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40% également reconnue à ce dernier par la décision du 23 mars 2016 de la SUVA portée céans. Ladite indemnité est en effet demeurée incontestée. 3. 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) Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA). 4. a) 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 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 nié (ibidem). La seule possibilité que l'accident soit en lien de causalité ne suffit pas pour fonder le droit aux prestations (RAMA 1997 p. 167 consid. 1a; ATF 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées). En particulier, le principe « après l'accident, donc à cause de l'accident » (« post hoc, ergo propter hoc ») ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb). 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 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 mars 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). En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel ou d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique. Dans le premier cas - lorsque l'assuré a vécu un événement traumatisant sans subir d'atteinte physique ou que l'atteinte physique est mineure et ne joue qu'un rôle très secondaire par rapport au stress psychique subi -, l'examen de la causalité adéquate s'effectue conformément à la règle générale du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie (ATF 129 V 177 consid. 4.2). Dans le second cas - en présence de troubles psychiques consécutifs à un accident qui a également provoqué un trouble somatique -, la causalité adéquate entre les troubles persistants et l'accident assuré peut être examinée dès le moment où il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé somatique de l'assuré (arrêt TF 8C_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.2; cf. ATF 134 V 109 consid. 6.1). En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants, ou de peu de gravité; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 403 consid. 5c/aa): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (arrêt TF 8C_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.3; ATF 115 V 133 consid. 6 c/bb; 403 consid. 5

c/bb). 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).

c) Comme rappelé ci-avant, la responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (arrêt TF U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3). Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi, c'est-à-dire lorsque l'état de santé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par la suite d'un développement ordinaire. De telles lésions sont assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie (cf. arrêts TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). 5. 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. b) 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. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). c) 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 à 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 équilibré. Pour la comparaison des revenus, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n°U 168 p. 97 consid. 3b). Il convient en effet d'évaluer le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Si 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 de 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 SUVA auprès de diverses entreprises suisses et qui permet de réunir des données salariales pour de nombreux postes de travail faisant l'objet d'une description détaillée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La détermination du revenu d'invalidé sur la base de ces fiches – appelées DPT – suppose en sus de la production d'au moins cinq d'entre elles, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Si la SUVA n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT (ATF 129 précité consid. 4.2.2). Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié, ni admissible (ATF 129 précité consid. 4.2.3). Lorsque l'assuré n'exerce plus d'activité lucrative, une stricte comparaison des revenus est impossible. Dans ce cas, le degré d'invalidité doit être déterminé à partir de données médicales et selon la méthode générale de comparaison des revenus, par simple mise en parallèle approximative et sommaire de deux revenus hypothétiques. Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident. 6. 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

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2, et 114 V 310 consid. 3c). 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). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des

spécialistes reconnus, sur la base d'investigations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). 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 (ATF 125 V 351 ss consid. 3a). Une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la SUVA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la SUVA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références). 7. a) Est litigieuse, tout d'abord, la capacité de travail. b) aa) Le dossier médical de la SUVA, devant ainsi être examiné, comporte les pièces suivantes: - La lettre de sortie (suite au séjour hospitalier du 23 août au 12 décembre 2006) du 17 janvier 2007 du Dr B. _____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, de C. _____, qui a retenu les diagnostics suivants: une fracture multifragmentaire « joint dépression » du calcanéum gauche et du pilon tibial droit, un syndrome des loges du pied gauche, une ostéomyélite du calcanéum gauche post ostéosynthèse, ainsi qu'un défaut cortical vertébral C2 au niveau de la jonction C1-C2. Il a par ailleurs noté les interventions suivantes: une fasciotomie du pied gauche du 23 juin 2006, une ostéosynthèse du pilon tibial droit du 1er septembre 2006, une ostéosynthèse du calcanéum et une arthrodèse primaire sous-astragaliennne à gauche du 6 septembre 2006, une fermeture de la fasciotomie au niveau de la cheville droite par greffe de peau du 12 septembre 2006, de même que diverses interventions dues à l'ostéomyélite sous forme de débridement et

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 lavage. L'incapacité de travail de l'assuré a été jugée totale (dossier SUVA pce n° 20; cf. également pces n° 6, 17 s., 22 s., 302 s., 304 s.). - La prise de position du 3 avril 2007 du Dr D. _____, médecin spécialiste en chirurgie, ainsi que médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a fait état d'un status 7 mois après une fracture de calcanéum gauche et une fracture multi-fragmentaire du pilon tibial droit traitées chirurgicalement. Il a rappelé que le patient avait subi une fasciotomie du pied gauche, une ostéosynthèse du pilon droit, une arthrodèse primaire de l'articulation sous-astragaliennne gauche. Il a par ailleurs noté que « les suites se compliquent à gauche par une infection qui a nécessité plusieurs débridements. Actuellement, la situation n'est pas favorable car le patient déambule à l'aide de deux cannes anglaises (peut charger uniquement le côté droit). La mobilité de l'articulation tibio-tarsienne est plus limitée à droite qu'à gauche. Quant à la sous-astragaliennne, il persiste une limitation à droite et un status après arthrodèse à gauche. Il existe une amyotrophie relative au niveau du membre inférieur gauche ». Le médecin a finalement adressé l'assuré à E. _____ pour une rééducation des membres inférieurs et une évaluation des capacités fonctionnelles (dossier SUVA pce n° 27). - La lettre de sortie (suite au séjour hospitalier du 18 avril au 11 mai 2007) du 11 mai 2007 de la Dresse F. _____, médecin spécialiste en médecine interne générale, de E. _____, qui a noté les diagnostics suivants: fracture multi-fragmentaire du calcanéum gauche de type joint dépression le 23 août 2006, avec ostéosynthèse par vis percutanée et arthrodèse primaire sous- talienne gauche le 6 septembre 2006, puis ablation du matériel d'ostéosynthèse de vis de calcanéum le 17 novembre 2006; fracture multi-fragmentaire du pilon tibial droit, avec

ostéosynthèse le 1er septembre 2006; fasciotomie du pied gauche et de la cheville droite, avec fermeture par greffe à la peau à droite le 12 septembre 2006; ostéomyélite du calcanéum gauche post-OST et une arthrodèse sous-talienne ayant nécessité un débridement, un rinçage à plusieurs reprises, une révision de la plaie, une pose de granules antibiotiques, un traitement du pansement par VAC; suspicion d'une algodystrophie au décours du pied droit; une consolidation acquise du calcanéum gauche; un traitement de l'adaptation avec à la fois anxiété et dépression (dossier SUVA pce n° 36). - Les rapports médicaux des 4 mai, 14 juin, 13 juillet, 14, 21 septembre, 19 octobre, 16 novembre, 14 décembre 2007, 24 janvier, 7 mars, 16 mai, 5, 19 septembre, 11, 28 novembre 2008, 15 janvier, 12 février, 7 avril, 19 mai, 5, 18 août, 23 septembre et 3 novembre 2009 du Dr B._____, de C._____, qui a pratiqué, le 21 août 2007, une ablation du matériel d'ostéosynthèse et de la vis descellée au niveau de la cheville droite, une ré-arthrodèse sous-astragaliennne et une ré-ostéosynthèse du calcanéum gauche avec mise en place d'une greffe de la crête iliaque gauche, le 28 octobre 2007, une ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau du pilon tibial droit et du calcanéum gauche et une ostéophyctomie articulaire tibio-astragaliennne droite, ainsi que, le 12 mai 2009, une arthrodèse au niveau de l'articulation tibio-astragaliennne droite. Le médecin a ensuite exposé que la reprise du travail était relativement bien supportée par son patient, qui travaille à 25% mais annonce toutefois des douleurs permanentes (dossier SUVA pces n° 35, 41, 48, 53, 55 à 57, 59 s., 62, 66, 74, 85, 89, 97, 103, 107 s., 111, 119, 123, 127, 133, 143 s., 148, 152). - La prise de position des 14 et 15 décembre 2009 du Dr G._____, médecin spécialiste en médecine interne générale, ainsi que médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a suggéré un nouveau séjour à E._____ pour intensifier le traitement de physiothérapie et obtenir une évaluation de l'activité professionnelle exigible (dossier SUVA pces n° 160 à 162).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 - Le rapport de séjour (qui a duré du 10 février au 26 mars 2010) du 19 avril 2010 du Dr H._____, médecin spécialiste en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en chirurgie orthopédique, de E._____, qui a estimé que l'incapacité de travail dans la profession actuelle d'employé de nettoyage exercée depuis l'accident était de 60% et précisé que l'activité habituelle de concierge n'était plus exigible de l'assuré (dossier SUVA pce n° 176 s.; cf. également pce n° 172). - Le rapport de stage (qui a été effectué du 30 avril au 12 juillet 2012) du 16 juillet 2012 du CEPAI, qui a considéré que l'assuré avait fait preuve de bonne volonté et d'engagement, mais qu'il ne parvenait pas à rester debout, qu'il avait un périmètre de marche limité, une vitesse de déplacement limitée et de fortes douleurs aux chevilles lorsqu'il restait assis longtemps, ce qui entraîne une légère diminution de rendement. Il a noté que l'état de santé de l'assuré ne variait pas, ce qui lui permettait d'être présent à 100% sans aucune absence durant toute la durée de la mesure. Le CEPAI a finalement estimé que, dans une activité d'industrie légère, en position assise et à condition que le poste de travail soit adapté, l'assuré avait un rendement de 85%. - Le rapport médical du 17 avril 2013 du Dr B._____, de C._____, qui a noté que l'examen radio-clinique du jour montrait un résultat satisfaisant avec un bon résultat fonctionnel. Il a considéré qu'il n'y avait pas de contre-indication pour une reprise de travail dans une activité adaptée et qu'un travail alternant la marche et la position assise devrait être favorisé (dossier SUVA pce n° 239). - Le rapport médical du 26 août 2014 du Dr I._____, médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation et rhumatologie, ainsi que médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de concierge. Il a par contre considéré que l'assuré était capable de travailler à 100% (horaire et rendement) dans

toute activité professionnelle tenant compte de limitations fonctionnelles suivantes: « Les limitations d'exigibilité concernent la cheville et le pied [gauche] ainsi que la cheville et le pied [droits], à savoir que l'assuré peut sans autre avoir une activité professionnelle pour peu qu'il puisse travailler en alternance en positions assise et debout en ayant également la possibilité de bouger avec ses jambes régulièrement et de ne pas être bloqué dans des positions contraignantes. Le travail est possible sur toute la journée. Il y a également une limitation pour les longs trajets à parcourir sur sol plat de même que les trajets plus courts sur terrain accidenté ou en pente que ce soit en descente ou en montée. L'utilisation régulière d'escaliers en montée et en descente n'est pas souhaitable ainsi que l'utilisation d'échelles et d'échafaudages. L'accroupissement et l'agenouillement répétés sont à éviter. De plus l'utilisation de certaines machines ou véhicules nécessitant l'utilisation particulière des pédales peut également poser problème et être limitée. Le port de charge est limité à maximum 15 kg [des deux côtés] » (dossier SUVA pce n° 258). - Le rapport de consultation ambulatoire post-infiltration du 21 décembre 2015 du Dr B. _____, de C. _____, qui a mentionné une suspicion d'impingement fibulo-calcanéen gauche et fait état d'une persistance de douleurs à la palpation infra-antéro-malléolaire latérale et en stress de valgus (dossier SUVA pce n° 314). - Le rapport médical du 14 mars 2016 des Dresses J. _____ et K. _____, médecins spécialistes en chirurgie, ainsi que médecins d'arrondissement de la SUVA, qui, s'agissant de l'activité habituelle de l'assuré, ont noté: « L'articulation sous-astragalienne est constituée par les deux surfaces articulaires qui réunissent les deux os de l'arrière-pied, c'est-à-dire l'astragale du calcaneum. Cette articulation permet les mouvements de bascule du talon sur le côté [2, 3].

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 L'arthrodèse à ce niveau bloque la bascule du talon sur le côté. Cette bascule du talon permet la marche assurée sur un terrain accidenté. Une fois bloquée, il est très difficile voire impossible de compenser les irrégularités de terrain. Par conséquent, pour [l'assuré], l'exercice de sa profession de concierge n'est plus exigible, puisque celle-ci englobe la marche sur de longs trajets, la marche sur un terrain accidenté, la montée et descente d'escaliers et surtout d'échelles ». Les chirurgiennes ont par contre estimé que l'assuré pouvait exercer, avec un horaire complet et sans perte de rendement, une activité professionnelle adaptée « pour autant qu'il puisse travailler principalement en position assise en ayant également la possibilité de bouger avec ses jambes régulièrement et de ne pas être bloqué dans des positions contraignantes. Les longs trajets à parcourir sur sol plat de même que les trajets plus courts sur terrain accidenté ou en pente que ce soit en descente ou en montée, l'utilisation régulière d'escaliers en montée et en descente ainsi que l'utilisation d'échelles et d'échafaudages sont à éviter. La répétition d'accroupissements et d'agenouillements sont à proscrire. L'utilisation de certaines machines ou véhicules nécessitant l'utilisation particulière des pédales peut également poser problème et être limitée. Le port de charge est limité à maximum 15 kg des deux côtés ». Elles ont, en cela, expressément déclaré se rallier à l'avis émis par le Dr I. _____ (dossier SUVA pce n° 315). - D'autres certificats et attestations (dossier SUVA pces n° 4, 9, 14, 16, 32, 37, 43, 49, 52, 58, 63, 68, 72, 82, 88, 90, 93, 102, 106, 112, 116, 122, 132, 134, 137, 141 s., 146, 151, 166, 180, 224, 243). bb) Le dossier de l'OAI, dont la production a été requise, comporte de surcroît, la documentation médicale suivante: - L'avis du 16 décembre 2014 du Dr L. _____, médecin spécialiste en médecine interne générale, du service médical régional de l'assurance-invalidité, qui a estimé que le temps pris par l'assuré pour effectuer des changements de positions ou soulager sa cheville vont se répercuter sur son rendement dans quelque activité que ce soit, que l'expérience pratique du CEPAI l'attestant doit être préféré

à l'avis médico-théorique du médecin d'arrondissement de la SUVA et que dès lors la diminution de rendement de 15% peut raisonnablement être prise en compte (dossier AI pce p. 184 s.). - Les rapports médicaux des 19 février et 24 juin 2016 du Dr M. _____, médecin spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, qui a exposé que les douleurs aux chevilles étaient d'origine mécanique. Il a précisé que l'assuré était en bon état général, qu'il avait subi une infiltration du loco-dolenti et qu'il ne ressentait plus aucune douleur à la marche (dossier AI pces p. 24 s., 45). - Le rapport médical du 14 septembre 2017 du Dr N. _____, médecin spécialiste en médecine interne générale, qui a retenu, comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, des douleurs chroniques des deux chevilles dans un contexte d'accident de travail avec chute de 8 mètres le 23 août 2006, des lombo-sciatalgies intermittentes, ainsi qu'un épisode dépressif moyen. Le généraliste a estimé qu'une activité adaptée ne lui paraissait actuellement pas envisageable (dossier AI pce p. 15 à 20). c) aa) En l'espèce, il est patent et incontesté que l'activité habituelle d'aide-concierge n'est plus exigible de l'assuré. Toutefois, tant le Dr I. _____ que les Desses J. _____ et K. _____, à savoir tous les médecins d'arrondissement sollicités par la SUVA, ont retenu que le recourant pouvait pratiquer une activité de substitution adaptée à son état de santé, à plein temps et avec un plein rendement.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 L'origine d'un rapport médical, la personne de l'expert, n'est pas déterminante en soi, seul le rapport en lui-même devant être examiné au titre de moyen de preuve. Or, s'agissant de ces appréciations des médecins d'arrondissement, il sied de constater que les spécialistes ont clairement retranscrit et pris en considération les plaintes exprimées par l'assuré, ont procédé à une étude fouillée des points litigieux importants, ont exposé leur appréciation médicale de manière claire et univoque et ont motivé leurs conclusions à satisfaction. Par conséquent, formellement, lesdites appréciations revêtent une pleine valeur probante. bb) Matériellement, les conclusions des médecins d'arrondissement sont par ailleurs implicitement confirmées par le Dr B. _____, médecin traitant de l'assuré, puisqu'il a considéré qu'il n'y avait pas de contre-indication pour une reprise de travail dans une activité adaptée. En définitive, seul le CEPAI a conclu à un rendement diminué à 85% dans une activité adaptée, mais cela ne saurait infirmer les conclusions médicales. La tâche du médecin consiste en effet à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 p. 261; 115 V 133 consid. 2 p. 134; 114 V 310 consid. 3c p. 314 s.). C'est pourquoi les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêts TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4; 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2; 8C_451/2012 du 28 mai 2013 consid. 4; 9C_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4. 1). Au demeurant, le recourant ne fait pas état, entre les constatations médicales et les observations des organes d'observation professionnelle, de divergences d'une importance telle qu'elles nécessiteraient un complément d'instruction (arrêt et les références citées). cc) Au surplus, lors même que l'assureur-accidents n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-invalidité (cf. RAMA 2000 390; ATF 131 V 362 consid. 2.3; arrêt TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3 et les références citées), il convenait en l'espèce d'établir les motifs ayant poussé l'OAI à reconnaître au recourant une rente entière et à confirmer ce droit à répétées reprises. A cette fin, la Cour de céans s'est faite produire par

ledit office l'entier de son dossier. Force est toutefois, sur la base de ces pièces, de constater que la rente entière reconnue au recourant ne s'explique pas médicalement. En effet, l'OAI, dans sa décision du 6 janvier 2015, a retenu un taux d'invalidité de 44% et entendait ainsi remplacer la rente entière par un quart de rente. Il a ensuite, dans ses observations du 17 avril 2015, admettant une violation du droit d'être entendu de l'assuré, proposé d'annuler la décision attaquée afin de permettre à ce dernier de se déterminer sur les pièces versées au dossier dans le cadre de la procédure d'objection. Le Tribunal cantonal a ainsi, par décision du

E. 27

avril 2015, pris acte qu'une nouvelle décision allant dans le sens des conclusions du recourant a été rendue et ainsi rayé la cause du rôle, sans pour autant se prononcer sur le fond de la cause. L'office a ensuite, par décision formelle du 12 mai 2015, annulé sa décision du 6 janvier 2015 pour vice formel et réintégré l'assuré dans son droit à la rente entière (pour un taux d'invalidité de 75%). Or, dans sa décision du 12 mai 2015 comme dans ses décisions successives postérieures (dossier AI pces p. 84 à 86, 118 à 120; cf. également p. 4 s.), l'OAI a toujours motivé sa décision de maintenir l'assuré dans son droit à la rente entière en se référant à la décision du 27 avril 2015 de la Cour de céans, comme si celle-ci avait procédé à un examen matériel du droit à la rente de

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 l'assuré et lui avait reconnu le droit à une rente entière, ce qui n'a manifestement pas été le cas. Les décisions postérieures de l'OAI sont donc fondées sur une prémisse erronée. Quoiqu'il en soit, au plan médical, aucune pièce du dossier de l'OAI ne permet de se distancer des conclusions des médecins d'arrondissement de la SUVA précitées, tant s'en faut. Dans son rapport médical du 14 septembre 2017, le Dr N. _____ a diagnostiqué des douleurs chroniques des deux chevilles, des lombo-sciatalgies intermittentes et un épisode dépressif moyen. Il faut noter toutefois que les douleurs aux chevilles dont se plaint l'assuré existaient déjà au moment de la décision SUVA et ont été prises en considération par les médecins d'arrondissement de la SUVA, dans leur évaluation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles du recourant. Par ailleurs, la problématique dorsale a été diagnostiquée après la décision attaquée ne peut a priori pas être mise en lien de causalité avec l'accident - survenu en 2006 ! - de manière prépondérante. Elle ne paraît pas non plus entraîner d'incapacité de travail dans la mesure notamment où les douleurs qui y sont liées d'interviennent que de manière intermittente. Enfin, la problématique psychique, constatée en 2007 déjà, n'est, selon le Dr N. _____, traitée que de manière ponctuelle et n'a d'ailleurs été jugée invalidante par aucun des médecins sollicités; il convient ici de noter que, selon le rapport médical du 19 février 2016 du Dr M. _____, les douleurs aux chevilles sont d'origine strictement mécanique et n'emporte dès lors aucun caractère psychosomatique. En tout état de cause, l'avis du Dr N. _____, selon lequel une activité adaptée ne serait pas exigible du recourant, est formulé de manière par trop laconique, puisque dépourvu de toute motivation. Il sied de noter au demeurant qu'il émane d'un généraliste (sur les spécialisations des médecins, cf. l'arrêt TF 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 et les références citées) et d'un médecin traitant du recourant (à l'égard des médecins traitant, cf. supra consid. 6). Il en va de même de l'avis de généraliste du 16 décembre 2014 du Dr L. _____, selon lequel la diminution de rendement de 15% peut raisonnablement être prise en compte, attendu qu'il a pour seule motivation un principe erroné donnant la préférence à une constatation pratique, susceptible comme il a été dit d'être encore influencée par le recourant, par rapport à une évaluation

médicale théorique (cf. à cet égard supra consid. 6 et 7.c.bb). Il apparaît dès lors exclu que ces appréciations prévalent sur les prises de positions dûment motivées, convaincantes et convergentes des médecins d'arrondissement de la SUVA, ceux-ci étant de surcroît spécialisés en médecine physique et réadaptation, en rhumatologie ainsi qu'en chirurgie. d) La Cour de céans retient, par conséquent, avec les médecins d'arrondissement de la SUVA, que si l'assuré n'est certes plus en mesure de reprendre son ancienne activité d'aide-concierge, il est apte à exercer à plein temps, sans diminution de rendement, une activité de substitution adaptée à ses limitations fonctionnelles à l'exemple d'une activité dans l'industrie légère ou les services. 8. a) La comparaison des revenus effectuée par l'autorité intimée dans la décision attaquée a, ensuite, été contestée par le recourant. b) A titre liminaire, il convient de noter que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (cf. RAMA 2000 390; ATF 131 V 362 consid. 2.3; arrêt TF 8C_558/ 2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3 et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 c) En l'espèce, s'agissant du revenu de valide, le recourant a dans son écriture de recours déclaré qu'en 2014 il aurait réalisé un revenu mensuel de CHF 6'408.-, ce qui est confirmé par les fiches de salaire figurant au dossier. Dans la mesure où le revenu retenu par la SUVA est plus favorable au recourant (CHF 6'450.-), il sera retenu. Son revenu de valide s'élève donc à CHF 83'850.- (CHF 6'450.- x 13). d) En ce qui concerne le revenu d'invalidé, la SUVA l'a fixé au moyen des descriptions des postes de travail (DPT; dossier SUVA pce n° 317). Les DPT retenus et le calcul effectué par l'autorité intimée peuvent être repris céans, dans la mesure où ils n'ont pas été contestés par le recourant. A juste titre d'ailleurs, attendu qu'il pourrait exercer un large éventail d'activités de substitution variées et non qualifiées n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec ses limitations fonctionnelles somme toute peu contraignantes (cf. arrêts TF 8C_97/2014 du 16 juillet 2014; 9C_963/08 du 27 mai 2009 et les références citées); c'est le lieu de noter que le juge ne peut sans motif pertinent substituer sa propre appréciation à celle de l'administration, laquelle dispose en cette matière d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 137 V 71 et les références citées; arrêt TF 8C_490/2011 du 11 janvier 2012). Le revenu d'invalidé du recourant doit ainsi être arrêté à CHF 58'119.-. Le recourant estime, cela étant, qu'il y aurait lieu de procéder à un abattement de l'ordre de 15% sur ce revenu moyen d'invalidé finalement retenu, ainsi que l'avait fait l'OAI. Comme l'expose la jurisprudence précitée, il ne se justifie pas de procéder à un abattement pour cause de désavantage salarial sur un revenu d'invalidé fixé sur la base des DPT, censées correspondre à des salaires qui seraient effectivement versés par des employeurs de la région dans des postes spécialement adaptés au handicap, et qui ne se basent ainsi nullement sur des statistiques qu'il y aurait lieu d'affiner. Cette méthode de détermination du revenu d'invalidé est propre à l'assurance-accidents. Or, en procédant à un tel abattement, l'on retiendrait des désavantages principalement dus à la situation personnelle de l'assuré (à savoir l'âge, les années de service, la nationalité ou encore la catégorie d'autorisation de séjour) dont on peut même se demander s'ils devraient être assumés par l'assureur-accidents qui n'a en principe pas à couvrir un tel « risque », d'autant moins que celui-ci paraît en tel cas lié aux perspectives d'une réadaptation professionnelle qu'il ne doit pas non plus assumer. La capacité du recourant demeurant entière, un tel abattement n'aurait pas non plus lieu d'être pour combler tout éventuel désavantage découlant d'un taux d'occupation partiel. e) En comparant le revenu de valide (CHF 83'850.-) au revenu d'invalidé (CHF 58'119.-) du recourant, on aboutit bien à un taux

d'invalidité de 30.68%, arrondi à 31%. 9. a) Eu égard à ce qui précède, le recours du 26 avril 2016, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 23 mars 2016 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.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 c) Il n'est pas alloué de dépens à la SUVA, 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. Notification. 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 26 mars 2018 / yho Président Greffier

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