

FR_GERICHTE 605 2016 183 vom 20. Februar 2017

FR Kantonsgericht, 2017-02-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_183

FR: FR_GERICHTE 605 2016 183 du 20 février 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2016 183 del 20 febbraio 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 15

mars 2007. La SUVA a notamment organisé deux séjours auprès de la E._____ entre le 14 septembre 2010 et le 12 octobre 2010 et entre le 21 août 2012 et le 11 septembre 2012. L'assureur-accidents a également fait examiner son assuré par ses médecins d'arrondissements, en particulier les 30 juillet 2010, 11 février 2013 et le 16 juillet 2015. C. Parallèlement à la procédure devant l'assurance-accidents, le 30 août 2010, l'assuré a requis l'octroi des prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI), à Givisiez, en raison de l'atteinte au genou droit. Par décision du 18 février 2016, l'OAI a reconnu le droit de son assuré à une rente entière à partir du 1er mars 2008, celle-ci ne pouvant être versée qu'à partir du 28 février 2011 en raison d'une demande tardive. Dès le 1er novembre 2015, l'Office a supprimé la rente en raison d'un degré d'invalidité de 8%, considérant que l'état de santé s'était amélioré à partir du 15 juillet 2015. Cette décision fait l'objet d'un recours devant le Tribunal cantonal (cause 608 2016 71, voir arrêt séparé de ce jour). D. Le 21 juillet 2015, l'assureur-accidents a considéré que l'état de santé de son assuré était stabilisé. Il a suspendu le versement des prestations pour frais de traitement – précisant qu'il continuerait à prendre en charge tant les coûts relatifs à un suivi médical à long terme que ceux liés aux mesures ponctuelles d'antalgie et de physiothérapie – et a mis fin à l'octroi d'indemnités journalières dès le 1er octobre 2015. Par décision du 29 décembre 2015, il a ensuite refusé d'octroyer une rente à son assuré, sur la base d'un degré d'invalidité de 2%, et estimé le degré d'IPAI à 7,5%. L'assuré a contesté cette décision le 27 janvier 2016.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 Le 30 mai 2016, annulant sa décision du 29 décembre 2015 en tant qu'elle refusait l'octroi d'une rentes, la SUVA a octroyé une rente de l'assurance-accidents sur la base d'un taux de 16%. Cette seconde décision a été confirmée sur opposition le 24 juin 2016. E. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Sébastien Dorthe, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 25 août 2016 concluant, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité sur la base d'un taux de 100%, principalement, dès le 1er octobre 2015 ou, subsidiairement, durant la mise en œuvre d'investigations complémentaires. Le recourant conteste d'abord la stabilisation de son état de santé, affirmant que les troubles dont il souffre vont se péjorant, ce qu'attestent à ses dires tant le médecin d'arrondissement que son médecin traitant. Il se prévaut ensuite de l'avis de ce dernier afin de mettre en doute les conclusions de la SUVA quant à l'activité exigible, estimant ne pas être en mesure de travailler dans une activité même adaptée en raison de son état de santé, de son âge, de ses connaissances linguistiques très limitées, de son absence de formation ou d'expérience dans une activité autre que celle de maçon ainsi

que son long éloignement du marché du travail. Enfin, il se plaint du fait que, selon lui, les divergences présentes dans le dossier médical imposent de procéder à de nouveaux examens médicaux. Dans ses observations du 11 octobre 2016, la SUVA préavise le rejet du recours dans toutes ses conclusions. Elle soutient d'abord que l'examen de son médecin d'arrondissement permet de conclure sans équivoque à la stabilisation de l'état de santé, ce qu'attestent par ailleurs d'autres éléments au dossier tels que, notamment, le choix du recourant à poursuivre une physiothérapie et les rapports du médecin traitant. A cet égard, elle rappelle que le "droit de rechute" demeure réservé pour le futur et que le droit à la prise en charge d'un traitement existe même après la fixation de la rente. Ensuite, elle conteste l'évaluation de la capacité de travail faite par le médecin traitant de son assuré, se prévalant de la validité de l'examen fait par son médecin d'arrondissement. Enfin, elle estime que son calcul du degré d'invalidité échappe à la critique, notamment dans les choix de l'activité adaptée et de tenir compte du revenu d'un assuré d'âge moyen. Il n'a pas été procédé à un second échange d'écritures. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de 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 par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. A titre liminaire, la Cour relève que le lien de causalité entre l'accident du 15 mars 2007 et les douleurs du recourant liées à la gonarthrose interne – les douleurs au niveau du genou – ne sont pas contestés en l'espèce. En outre, quand bien même elle estime que la coxarthrose droite – les douleurs au niveau de la hanche – n'est pas en lien de causalité avec l'accident du 15 mars 2007, la SUVA en tient quand

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 même compte lors de l'évaluation de la capacité de travail, admettant à tout le moins implicitement sa responsabilité "à bien plaisir". Ces questions, la dernière n'ayant au demeurant pas d'incidence particulière en l'espèce, n'ont plus à être tranchées. 3. L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; LPGA; RS 830.1) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de 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 (art. 16 al. 2 LAA). De même, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b). 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 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 (art. 19 al. 1 LAA). 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). 4. Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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. 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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 En ce qui concerne le revenu d'invalide, 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). 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. 5. a) Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de diminuer le dommage, cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail. A cet effet, le Tribunal fédéral fixe le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé à près de 60 ans. Le moment déterminant pour juger de la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail en cas d'âge avancé est celui de la fixation de l'exigibilité médicale de la capacité résiduelle de gain et non pas ni le moment de la naissance du droit à la rente ni encore la date de la décision attaquée (arrêt TC 605 2016 73 du 25 janvier 2016 consid. 3c et les références). b) D'après l'art. 28 al. 4 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; 832.202), en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Pour que le revenu d'invalide soit fixé en

fonction du gain que pourrait réaliser un assuré d'âge moyen présentant les mêmes séquelles accidentelles, il faut que l'âge avancé soit la cause essentielle de la diminution de la capacité de gain (ATF 126 V 418 consid. 3b p. 422; RAMA 1998 no U 296 p. 235, U 245/96 consid. 3c). Par ailleurs, l'art. 28 al. 4 OLAA ne vise pas seulement l'éventualité dans laquelle l'âge avancé est la cause essentielle de la limitation de la capacité de travail mais il concerne également la situation où il est la cause essentielle de l'empêchement d'exercer une activité professionnelle qui aurait permis de maintenir la capacité de gain (RAMA 1998 no U 296 p. 235, U 245/96 consid. 3c; arrêt U 538/06 du 30 janvier 2007 consid. 3.2). D'après cette norme, il y a lieu de faire abstraction du facteur de l'âge non seulement pour la fixation du revenu d'invalidité, mais également pour la détermination du revenu sans invalidité (ATF 114 V 310 consid. 2 p. 312; consid. 7b/aa non publié de l'arrêt ATF 122 V 426). Selon la jurisprudence, la notion d'âge moyen au sens de l'art. 28 al. 4 OLAA se situe autour de 42 ans ou entre 40 et 45 ans; on considère que l'âge est avancé lorsque l'assuré est âgé d'environ 60 ans au moment où il a droit à la rente (ATF 122 V 418 consid. 1b p. 419, 426 consid. 2 p. 427).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 6. a) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références; ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). De manière plus générale, en droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 et les références citées). b) 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 (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de

l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). La jurisprudence a néanmoins souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). Enfin, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). 7. La SUVA a considéré que l'état de santé de l'assuré était stabilisé. Pour ce motif, elle a cessé la prise en charge des frais médicaux dès le 21 juillet 2015 et mis fin au paiement de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2015. Elle se fonde sur l'avis émis par le Dr F. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement, dans son rapport du

E. 16

juillet 2015. Celui-ci fait en effet état d'une stabilisation tant des troubles au niveau du genou que ceux des hanches. Ainsi, le médecin d'arrondissement indique que "l'état du genou peut actuellement être considéré comme stabilisé bien que l'on ne puisse exclure une aggravation à moyen ou à long terme du processus arthrosique". Selon lui, "dans l'état, un suivi médical espacé à long terme reste nécessaire ainsi que des mesures ponctuelles d'antalgie et de physiothérapie. La comorbidité arthrosique de la hanche D (indépendante de l'accident) devrait également être surveillée sur le plan radiologique" (dossier SUVA, pièce 289). Cette conclusion est confirmée par les pièces du dossier. En effet, dans ses derniers rapports du 21 janvier 2015 et du 16 février 2015, le Dr G. _____, spécialiste FMH en

chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, soutient que le traitement de son patient consiste uniquement en un traitement de physiothérapie, lequel est même interrompu à ce moment-là (dossier SUVA, pièces 264 et 277). Un traitement conservateur – tel que la physiothérapie antalgique d'espèce (cf. dossier SUVA, pièce 260) – n'est pas de nature à apporter une notable amélioration de l'état de santé. En outre, si, dans ses rapports du 12 octobre 2015 et du 4 juillet 2016, le médecin estime que l'évolution est mauvaise "puisque les douleurs ne cèdent pas" et qu'une "arthrose n'est jamais stabilisée", il ne fait pas pour autant mention ni de l'existence d'un traitement pouvant améliorer l'état de santé, ni d'une péjoration effective de celui-ci (bordereau recours 608 2016 71, pièce 3; bordereau contre-observations 608 2016 71, pièce 1). Cela permet de conclure qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, ce qui constitue la définition même de la stabilisation de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 Au demeurant, les médecins d'arrondissements de la SUVA étaient déjà d'avis que l'état de santé du recourant était stabilisé avant la dernière opération effectuée par le Dr G._____. Le Dr H._____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, proposait ainsi déjà prévu la tenue d'un examen médical final le 30 avril 2014, lequel a cependant été annulé peu après suite à une demande de garantie d'hospitalisation (dossier OAI, pièce 209). Enfin, on ne saurait guère prendre en considération une hypothétique aggravation de l'état de santé du recourant, qui plus est si celle-ci n'est prévue qu'à moyen ou long terme comme l'atteste tant le Dr F._____, le Dr G._____ que le Dr I._____, généraliste, qui propose la mise en place d'une prothèse "si dégradation" (dossier SUVA, pièce 203). Il faut bien plutôt partir de la situation actuelle et non pas d'une éventuelle aggravation, laquelle pourra, cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle annonce de rechute auprès de l'assureur-accidents. En présence d'un état de santé stabilisé, il convient désormais d'examiner le droit à la rente du recourant.

8. a) Dans la décision sur opposition ici litigieuse du 24 juin 2016, la SUVA a considéré que son assuré était en mesure de travailler dans une activité adaptée à temps plein et sans diminution de rendement dès le 15 juillet 2015. Elle se fonde principalement sur le rapport du 16 juillet 2015 du Dr F._____ qui estime l'état de santé du recourant l'empêche d'exercer son ancienne activité. Néanmoins, sa capacité de travail demeure entière dans une activité favorisant l'alternance des positions, sans port de charges lourdes, sans marche en terrain irrégulier, sans montée ou descentes d'échelles et sans position contraignante pour les genoux (agenouillement ou accroupissement) (dossier OAI, pièce 789). La Cour doit reconnaître entière force probante à ce rapport médical pour les raisons suivantes. En tant que spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le médecin a les compétences requises pour statuer en la matière. Pour établir son rapport, il s'est fondé sur le dossier de la SUVA et sur des examens réalisés lors des entretiens ayant eu lieu avec le recourant. Lors de ceux-ci, ce dernier a pu faire part de ses griefs et de ses plaintes. Il a notamment pu décrire avec précision les maux dont il souffre, lorsqu'ils apparaissent et ce qui les soulage. Ces rapports se fondent sur des examens complets et ont été établis en pleine connaissance du dossier. Le médecin discute des principales conclusions figurant dans les différentes pièces du dossier, explique les motifs de s'en écarter et motive de manière détaillée ses propres conclusions. Enfin, on doit relever que les conclusions du médecin d'arrondissement sont – comme relevé ci-après (consid. 6b) – soutenues par les autres pièces du dossier et, en particulier, les autres médecins d'arrondissement et médecins de la E._____ ayant examiné l'assuré depuis 2010. b) Le

recourant conteste pourtant cet avis médical. Il s'appuie essentiellement sur deux rapports du Dr G._____ du 12 octobre 2015 et du 4 juillet 2016, produits pour la première fois devant la IIe Cour des assurances sociales (bordereau recours 608 2016 71, pièce 3; bordereau contre-observations 608 2016 71, pièce 1). Le chirurgien, retenant des limitations fonctionnelles proches de celles retenues par le médecin d'arrondissement, y estime que la capacité de travail de son patient est de maximum 50% dans une activité adaptée. Toutefois, dans la mesure où l'état de santé de son patient va se péjorer, il considère qu'une rente entière doit lui être octroyée. Le chirurgien critique également l'examen

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 réalisé par le médecin d'arrondissement, qu'il estime fondé sur une méthode inadmissible et insuffisante pour déterminer la capacité de travail. Considérant que son patient n'a pas été examiné par le médecin de la SUVA, il conseille la mise en place d'une expertise. Force est de constater d'abord que l'avis du Dr G._____ est isolé, les autres médecins – également spécialistes en chirurgie orthopédique ou en rhumatologie – évaluant la capacité de travail du recourant de manière concordante avec celle retenue par le Dr F._____. Ainsi, le Dr J._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, aussi médecin d'arrondissement, admet l'aspect invalidant de la lésion. Sur la base du dossier, il estime toutefois que le recourant reste en mesure d'exercer une activité à 100% pour autant que celle-ci n'impose que de courts déplacements à plat, un port de charges limité à 10 kg et n'ait pas de position à genoux ou accroupi (rapport du 20 septembre 2011, dossier SUVA, pièce 106; cf. ég. pièces 85, 93, 100, 102, 114 et 130). Le Dr H._____ est d'un avis semblable, considérant qu'un travail n'est exigible à temps plein et sans perte de rendement que s'il est "sans longs trajets à plat à effectuer, encore moins de trajets, même plus courts, sur du terrain irrégulier, éviter d'utiliser les échelles ou de travailler sur des échafaudages, pas de travail à genoux ou en s'accroupissant, pas de montées ou descentes d'escaliers régulières, éviter le port de charges lourdes" (rapport d'examen du 11 février 2013, dossier OAI, pièce 614; cf. ég. pièces 203, 563, 627 et 769). Les médecins de la E._____ estiment également que l'exercice d'une activité adaptée peut être exigé depuis fin 2010. Lors du premier séjour du 14 septembre au 12 octobre 2010, ils soutiennent ainsi que le recourant demeure en mesure de travailler dans une activité adaptée dès la fin du séjour, d'abord 50% durant un mois puis à 100% par la suite, retenant des limitations concernant les activités nécessitant des déplacements fréquents et des ports de charges (dossier OAI, pièce 114). Puis, lors du second séjour entre le 21 août et le 11 septembre 2012, les médecins de la E._____ n'attestent d'aucune incapacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles du recourant, telles que l'accroupissement, l'agenouillement, la station statique assise ou debout prolongée dépassant 60 minutes et le port de charges au-delà de 10 kg (dossier OAI, pièce 179). Les autres médecins n'examinent pas la question de l'influence des troubles allégués sur la capacité de travail. Ainsi, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale, renvoie au Dr G._____ sans examiner la question de la capacité de travail (dossier OAI, pièce 261). Le Dr L._____, spécialiste FMH en neurologie, se contente quant à lui d'indiquer ne pas avoir "d'explication aux plaintes" en l'absence d'atteinte de son ressort (dossier OAI, pièces 254 et 262). Le Dr M._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, n'ont été interrogés que pour des motifs de diagnostic et n'examinent pas la capacité de travail (dossier OAI, pièces 628, 631 et 763). Le Dr I._____, généraliste, se contente d'indiquer que son patient est "au chômage" (dossier OAI, pièce 760). On peut aussi souligner que le médecin traitant

apprécie la situation dans une perspective favorable à son patient et essentiellement sur la base des dires de celui-ci. Cette dernière affirmation est en particulier confirmée lorsque le médecin soutient que "le patient est alors perdu de vue en raison d'une décision [du 21 juillet 2015] de la SUVA extrêmement déontologique qui lui interdit de venir à ma consultation". Or, si cette "décision" du 21 juillet 2015 suspend la prise en

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 charge du traitement, celui-ci peut toujours être presque entièrement supporté par l'assurance-maladie obligatoire et, en cas de situation financière difficile, par l'état (not. les primes selon les règles sur les réductions des primes). Le refus de l'assureur-accidents n'est donc pas constitutif, même de facto, d'une interdiction de consulter le spécialiste. Comme autre exemple, on peut encore citer l'affirmation suivante: "selon les dires du patient, il a certes été examiné par le médecin de la SUVA, mais en fait, il n'y a eu aucun examen; le médecin a simplement regardé le patient marcher". Il ressort du texte du rapport médical que le Dr F._____ a procédé à des examens bien plus nombreux. Celui-ci a été pesé et mesuré, a dû marcher et s'accroupir, ses membres inférieurs ont été palpés et mesurés (valgus, périmètre, flexion/extension, test de Grinding). Enfin, force est de constater que l'évaluation de la capacité de travail par le Dr G._____ semble dictée par des facteurs extra-médicaux, comme l'âge de son patient, ses problèmes linguistiques, l'absence de formation professionnelle ainsi que la durée prolongée de son inactivité (déconditionnement). Par exemple, le médecin soutient que "l'inéquité [sic] de la décision de la SUVA va probablement plonger le patient dans de grosses difficultés économiques puisqu'on ne voit pas comment ce patient va pouvoir, à plus de 60 ans, retrouver un emploi" (cf. rapport du 12 octobre 2015, bordereau recours pièce 3). Ces facteurs ne sont pas des éléments pouvant être pris en compte comme motifs de diminution de la capacité de travail exigible. Compte tenu de tout ce qui précède, l'avis du Dr G._____ ne remet pas en cause l'avis motivé du Dr F._____. c) La Cour retient dès lors que le recourant possède une capacité de travail entière, sans perte de rendement, dans une activité favorisant l'alternance des positions, sans port de charges lourdes, sans marche en terrain irrégulier, sans montée ou descentes d'échelles et sans position contraignante pour les genoux (agenouillement ou accroupissement). 9. Reste à déterminer le taux d'invalidité qui en résulte. Dans le cadre de son recours, l'assuré critique le choix de l'activité adaptée ainsi que les montants retenus à ce titre. Il s'appuie sur un arrêt rendu par la présente Cour le 25 janvier 2016 (arrêt TC 605 2016 73 du 25 janvier 2016 consid. 3c) selon lequel il est nécessaire de procéder à une analyse globale de la situation en présence d'un assuré proche de l'âge de la retraite. On ne saurait simplement se référer à un jugement sans oublier que chaque arrêt se rapporte à un état de faits précis. Dans le présent cas, le recourant était âgé d'un peu plus de 59 ans au jour déterminant, soit le 16 juillet 2015, date de la fixation de l'exigibilité par le Dr F._____. La situation est dès lors fondamentalement différente de celle tranchée dans l'arrêt 605 2016 73 précité, avec un assuré âgé de plus de 62 ans. Cela étant, s'agissant de la détermination du salaire d'invalidé, il est établi que le recourant est pleinement capable de travailler dans une activité tenant compte de ses limitations fonctionnelles. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il convient de se fonder sur la moyenne statistique de l'Enquête Suisse sur la structure des salaires 2012 (ESS 2012). Pour l'année 2012, le salaire mensuel brut dans une telle activité correspond à CHF 5'210.- selon (ESS 2012, TA1_skill_level, total, niveau de compétence 1, hommes). Dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté à ses aptitudes dans un marché du travail équilibré (cf. arrêt TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). L'absence de

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 formation professionnelle du recourant est quand à elle prise en compte dans le cadre du niveau de compétence 1. En effet, l'ESS 2012 différencie quatre niveaux de compétence et, en principe, le niveau 1 vise des personnes n'ayant pas de formation. Le montant de CHF 5'210.- est fondé sur une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle en 2015 est de 41,7 heures. Il doit dès lors être augmenté à CHF 5'431.45. Compte tenu du renchérissement, le revenu mensuel à prendre en considération est de CHF 5'529.75, soit annuellement CHF 66'357.-. Dans la décision litigieuse, l'autorité intimée a estimé que seules les séquelles de l'accident pourraient justifier une réduction du salaire statistique, celle-ci étant fixée à 5%. Cela ne saurait suffire. En effet, il convient aussi de prendre en compte le fait que le recourant est âgé de près de 60 ans ainsi que du fait qu'il ne possède aucune expérience dans la nouvelle profession, quand bien même celle-ci ne nécessite pas de qualification. L'arrêt dont se prévaut l'autorité intimée à cet égard ne convainc pas, dès lors que, contrairement au présent cas, tant le revenu de valide que celui d'invalidé y étaient estimés sur la base de l'ESS. Partant, il convient de fixer l'abattement à 15%. Cela rend sans objet les reproches du recourant, visant à ce qu'il ne soit pas fait référence aux revenus d'un assuré d'âge moyen au sens de l'art. 28 al. 4 OLAA. Compte tenu d'un abattement de 15%, le salaire d'invalidé est de CHF 56'403.45. Pour le surplus, la Cour constate que le recourant ne remet pas en cause le montant retenu au titre de salaire de valide en 2015, soit mensuellement CHF 6'241.- et annuellement CHF 74'892.-. Il ressort de la comparaison des revenus avec et sans invalidité une perte de gain se montant à CHF 18'488.55 (CHF 74'892.- – CHF 56'403.45). Cette perte de gain représente un degré d'invalidité de 24.68%, soit 25%. Il apparaît donc que le recourant a droit à une rente de 25% de l'assurance-accidents. Dans la mesure où le dossier médical a permis de trancher le présent litige, il n'est pas nécessaire de donner suite aux diverses réquisitions de preuve du recourant, en particulier de procéder à son audition. 10. Le recours est partiellement admis et la décision querellée est annulée dans le sens que la SUVA verse une rente d'invalidité de 25% au recourant. La procédure étant gratuite en matière d'assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais de justice. Ayant obtenu partiellement gain de cause, le recourant a droit à des dépens pour ses frais de défense. Il convient de tenir compte de la liste de frais produite par son mandataire le 26 octobre 2016, d'un montant total de CHF 1'993.95, TVA comprise, de la difficulté et de l'importance relatives de l'affaire ainsi que de l'admission seulement partielle du recours, le recourant réclamant une rente de 100% mais n'en obtenant qu'une de 25%. En conséquence de quoi son indemnité sera réduite. Il se justifie de fixer dite indemnité, ex aequo et bono, à CHF 600.-, débours compris, plus CHF 48.- au titre de la TVA, soit une somme totale de CHF 648.-, intégralement mise à la charge de l'autorité intimée.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête: I. Le recours est partiellement admis. Partant, la décision querellée est modifiée, en ce sens que la SUVA verse une rente d'invalidité de 25% au recourant. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. L'indemnité de partie est fixée à CHF 600.-, plus CHF 48.- au titre de la TVA, soit à un total de CHF 648.-. Elle est intégralement mise 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 20 février 2017/pte Président Greffier

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