

FR_GERICHTE 605 2016 207 vom 14. Juli 2017

FR Kantonsgericht, 2017-07-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_207

FR: FR_GERICHTE 605 2016 207 du 14 juillet 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2016 207 del 14 luglio 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 14

septembre 2016 concluant, principalement, à l'octroi d'une rente de 50% ou, subsidiairement, au renvoi à la SUVA pour instruction complémentaire. Il rappelle d'abord qu'un médecin d'arrondissement de la SUVA considère que ses troubles au niveau des hanches sont en relation de causalité avec l'accident du 13 mai 2011. Relevant ensuite que le litige porte sur le calcul du taux d'invalidité, il conteste les avis médicaux sur lesquels la SUVA fonde sa décision. S'appuyant sur l'avis de son orthopédiste-traitant et mentionnant celui d'un médecin d'arrondissement, il soutient que sa capacité de travail est de l'ordre de 50-60% dans une activité adaptée.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 Pour sa part, dans ses observations du 23 novembre 2016, la SUVA propose le rejet du recours. En substance, aux avis médicaux dont se prévaut le recourant, elle oppose ceux d'autres médecins d'arrondissement et des médecins de sa division médecine des assurances. Ceux-ci attestent selon elle clairement et de manière convaincante que les troubles de la hanche et les troubles psychiques ne sont pas en lien de causalité – naturelle ou adéquate – avec l'accident et que la capacité de travail est entière dans une activité adaptée. F. Dans ses contre-observations du 12 décembre 2016, désormais représenté par Inclusion Handicap, le recourant reproche à l'autorité intimée de ne pas avoir examiné si ses problèmes de hanche étaient liés à un accident plus ancien, survenu en 1991, que la SUVA avait pris en charge. Pour sa part, dans ses ultimes remarques du 1er mars 2017, la SUVA se prévaut d'un nouvel avis de sa division médecine des assurances. Selon cette dernière, depuis mars 1992 au plus tard, l'accident de 1991 ne déployait plus d'effet. G. Il n'a pas été procédé à d'autre échange d'écritures entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par ces dernières 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. Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. a) En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. D'après l'art. 4 de la loi 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 qui entraîne la mort. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, 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 (ATF 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b, 117 V 369 consid. 3a, 117 V 359 consid. 5a). Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. Pour que

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 cette condition soit remplie, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré soit 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 (arrêt TF 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1; ATF 129 V 177 consid. 3.2; 117 V 359 consid. 4b). Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire si cette dernière repose seulement et exclusivement sur des facteurs étrangers à l'accident. C'est le cas soit lorsqu'est atteint l'état de santé (maladif) tel qu'il se présentait directement avant l'accident (statu quo ante), soit lorsqu'est atteint l'état de santé, tel qu'il serait survenu tôt ou tard, indépendamment de l'accident, selon l'évolution d'un état maladif antérieur (statu quo sine). L'administration et, le cas échéant, le juge tranchent la question de la rupture du lien de causalité en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de cette rupture ne suffit pas (RAMA 1994 p. 326 consid. 3b et les références). 3. 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). 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 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). En outre, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations 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). A cet égard, 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). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). 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 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 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). 4. Est, en l'espèce, litigieux le droit

du recourant aux prestations de l'assurance-accident après le 31 janvier 2016. Il convient ici d'examiner la problématique du rapport de causalité. a) Dans ses contre-observations du 12 décembre 2016, le recourant soutient que ses troubles actuels à la hanche seraient en lien de causalité naturelle avec un précédent accident. Le 28 mars 1991, alors qu'il était occupé à appliquer un crépi sur des murs, l'assuré avait alors glissé. Se plaignant de troubles au niveau de la hanche et au genou droit, il avait demandé l'octroi de prestations de la SUVA le 27 avril 1991, laquelle avait pris le cas en charge. Ainsi, le recourant se plaint que l'incidence de cet événement sur les troubles dont il souffre à ce jour n'ait pas été investiguée par la SUVA. Il demande le renvoi pour instruction complémentaire.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 Cela étant, force est de constater qu'aucun avis médical n'atteste de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 28 mars 1991 et les troubles actuels du recourant. A cet égard, on peut retenir que le recourant avait évoqué cet accident lors d'un entretien du 23 novembre 2011, le précisant "sans séquelles à ce jour" (cf. dossier SUVA, pièce 37). Il n'a par la suite plus été mentionné, notamment par le recourant, ses médecins ou dans le cadre d'une consultation spécialisée auprès de la E. _____ (cf. dossier SUVA, pièce 108 à 124). Quoi qu'il en soit, un renvoi pour instruction complémentaire n'apparaît pas nécessaire. En effet, l'autorité intimée a invité sa division médecine des assurances de statuer sur cette problématique, ce qu'elle a fait de manière convaincante. Le Dr F. _____, spécialiste FMH en chirurgie, soutient que la coxarthrose droite, "responsable de la mise en place de la prothèse totale de la hanche D du 25.03.2014, ne peut donc pas être mise en relation de causalité pour le moins probable avec cet accident". En outre, cet accident "n'a pas non plus entraîné de lésion structurelle au niveau du genou D et [n'a pas] pu être responsable de l'état de ce genou lors de l'accident du 13.05.2011". Ces conclusions sont fondées sur le fait que l'accident de 1991 n'a entraîné aucune lésion tant au niveau de la hanche que du genou, les rapports de l'époque faisant surtout état de la présence de troubles dégénératifs (cf. rapport du 24 février 2017). Pour ces motifs, il n'y a vraisemblablement pas de lien de causalité, même partiel, entre les troubles actuels et l'accident du 28 mars 1991. b) Dans son recours, le recourant soutient ensuite que les troubles au niveau de la hanche sont en lien de causalité avec l'accident du 13 mai 2011. aa) Il s'appuie sur l'avis du Dr G. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, médecin d'arrondissement, lequel affirme à plusieurs reprises que les troubles à la hanche – et leur traitement (notamment la prise en charge d'une prothèse) – sont à la charge de l'autorité intimée (cf. not. dossier SUVA, pièces 128, 169, 196 et 202). Cet avis est toutefois isolé. bb) Il est, en particulier, en contradiction avec les pièces du dossier lesquelles vont majoritairement dans le sens de l'origine dégénérative des troubles au niveau des hanches, ainsi que démontré ci-après. Peu après l'accident, le Dr H. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, également médecin d'arrondissement, a d'emblée considéré que l'état antérieur jouait un rôle important dans l'état de santé du recourant (cf. dossier SUVA, pièce 32). Dans son avis médical final du 2 novembre 2015, il s'étonne dès lors de la prise en charge des traitements des troubles de la hanche. Selon lui "la coxarthrose D ayant abouti à cette arthroplastie était en effet clairement préexistant à l'accident comme le démontrent les radiographies initiales. L'accident n'a par ailleurs occasionné aucune lésion ostéo-articulaire structurelle de la hanche susceptible d'aggraver de façon durable cet état antérieur" (dossier SUVA, pièce 327). Le Dr F. _____ a la même opinion. Dans ses rapports du 29 juillet 2016 et du 24 février 2017, il soutient que "la coxarthrose D qui a motivé la mise en place de la [prothèse totale de hanche

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 droite] n'a donc aucun rapport de causalité atteignant un degré de vraisemblance prépondérante avec l'accident du 13.05.2011" (dossier SUVA, pièce 388). Les médecins de E._____ mettent en évidence l'absence de fractures ou de lésion osseuse et la présence de "signes dégénératifs au niveau des deux hanches, mais nettement plus marqués à droite", faisant même état d'un "tout petit peu d'atteinte cartilagineuse". Ils sont expressément d'avis que l'origine de ces troubles est dégénérative (rapport du 28 janvier 2013, dossier SUVA, pièce 116; cf. ég. pièces 123 et 124). Sur cette base, le Dr I._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, du Service médical régional des offices AI Berne/Fribourg/Soleure, affirme que "la coxarthrose bilatérale est d'origine dégénérative" (dossier SUVA, pièce 140). Dans un rapport du 3 décembre 2013, le Dr J._____, spécialiste FMH en allergologie et immunologie clinique et en médecine interne générale, diagnostique des "coxalgies droites très probablement sur coxarthrose", dont il indique l'"apparition spontanée" (dossier SUVA, pièce 190). Selon lui, "il n'y a probablement que peu de relation entre la coxarthrose et l'accident du 13 mai 2011 si ce n'est que la boiterie occasionnée [...] a possiblement contribué à décompenser les douleurs de la hanche" (rapport du 24 décembre 2013, dossier SUVA, pièce 197; cf. ég. pièce 201). Dans ses rapports, le Dr K._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, distingue également les troubles aux genoux, d'origine traumatique, des troubles de la hanche dont l'origine n'est d'abord pas explicitée (dossier SUVA, pièce 212; cf. ég. pièce 368 où il mentionne une "arthrose de hanche primaire"). cc) Au vu de ces avis concordants, les constats et conclusions du Dr G._____ dans ses différents rapports médicaux, au demeurant peu motivés, sur ce point précis, ne peuvent être retenus. Les troubles au niveau des hanches ne sont manifestement pas en rapport de causalité naturelle avec l'accident du 13 mai 2011, de sorte que la SUVA n'avait pas à prester à leur égard. Quoi qu'il en soit, même si on devait retenir que l'accident du 13 mai 2011 avait eu une incidence – partielle ou non – sur les douleurs du recourant au niveau des hanches, le statu quo sine apparaît avoir été atteint. En effet, dans un premier temps, les plaintes du recourant étaient essentiellement axées sur les troubles au niveau du genou, les contusions au niveau de la hanche n'étant rapidement plus mentionnées. Il n'est ainsi plus fait mention de troubles au niveau de la hanche après juillet 2011 (dossier SUVA, pièce 20). Lors d'un entretien du 23 novembre 2011 et dans la demande de prestations à l'OAI du 24 novembre 2011, le mot hanche n'est en outre pas prononcé (cf. dossier CNA, pièces 37 et 38). Le premier document faisant à nouveau état de troubles au niveau de la hanche droite est le rapport de E._____ précité (rapport du 28 janvier 2013, dossier SUVA, pièce 116). Au niveau des médecins traitants, c'est le Dr J._____ qui en fait la première mention dans un rapport du 3 décembre 2013 (dossier SUVA, pièce 190). Dans ces circonstances, force est de constater qu'au moment de leur première mention, en janvier 2013, celles-ci avaient une origine exclusivement dégénérative. Au plus tard deux ans après l'accident, le statu quo sine avait été atteint au niveau des hanches. C'est à juste titre que l'autorité intimée a estimé ne plus avoir à prester pour les troubles au niveau des hanches.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 5. Il convient dès lors d'examiner la seconde question litigieuse, le droit à la rente du recourant sous l'angle des seules atteintes au genou droit dont le lien de causalité avec l'accident du 13 mai 2011 n'est pas contesté. La stabilisation de l'état de santé ne fait quant à elle pas non plus débat. 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. 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. 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). b) 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). c) En ce qui concerne le revenu d'invalidité, 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. 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'invalidité peut être évalué, notamment, sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il est également possible de recourir à une enquête menée par la CNA auprès de diverses entreprises suisses et qui a permis de réunir des données salariales concrètes pour de nombreux postes de travail faisant l'objet d'une description détaillée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). d) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in

RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). e) S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75, consid. 5 p. 78 ss). 6. a) Dans la décision sur opposition litigieuse du 10 août 2016, la SUVA a considéré que le recourant était en mesure d'exercer une activité adaptée à temps plein, sans perte de rendement. Elle se fonde sur l'avis du Dr H. _____, médecin d'arrondissement, ainsi que sur celui du Dr F. _____ de sa division médecine des assurances. Dans son examen médical final, le premier retient une capacité de travail entière dans l'ancienne activité de peintre. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière sans perte de rendement. Cette activité ne doit pas imposer de port de charges lourdes, l'utilisation d'échelles ou d'échafaudages, de la marche en terrain irrégulier et des positions de contrainte pour le genou. En raison d'un syndrome vertébral douloureux – lequel n'est pas du ressort de l'assurance-accidents – sa capacité de travail est en outre limitée dans une activité en porte-à-faux et sans alternance des positions (rapport du 2 novembre 2015, dossier SUVA, pièce 327). Pour sa part, dans son appréciation médicale, le second, estime que l'état du genou – que la description soit fondée sur les descriptions du Dr H. _____ ou celles du médecin traitant, le Dr K. _____ – ne justifie pas une incapacité de travail dans une activité adaptée, renvoyant aux limitations retenues par le Dr H. _____. La présence, éventuelle, d'un œdème et de douleurs neuropathiques supplémentaires n'y change rien (rapport du 29 juillet 2016, dossier SUVA, pièce 388).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 Si le second rapport a été fait sur dossier, le premier médecin a pu procéder à un examen complet du recourant le 2 novembre 2011. Dans ce cadre, ce dernier a pu décrire ses troubles. En outre, les deux rapports sont fondés sur les pièces du dossier assécurologique, lesquelles regroupent tant les rapports des médecins traitants, de E. _____ que les imageries médicales. C'est donc avec une pleine connaissance du dossier et de l'anamnèse que les médecins de la SUVA se sont prononcés. Les médecins rapportent et décrivent les autres avis médicaux, parfois incompatibles ou partiellement compatibles avec leurs thèses. Cas échéant, ils font état de manière détaillée des motifs les ayant conduit à se distancer de certaines conclusions. Ils procèdent par ce biais à une étude circonstanciée des points litigieux. Ils motivent également leurs conclusions de manière très détaillée. b) Leur avis n'est, au demeurant, pas mis en doute par d'autres pièces du dossier. aa) Premier médecin d'arrondissement à examiner le recourant, le Dr G. _____ estime que la capacité de travail est de 50% – temps ou rendement – dans l'ancienne activité. Une activité alternant les positions, sans port de charges lourdes, sans déplacement sur des échelles des échafaudages ou des escaliers, sans déplacement long ou

sur des sols en pentes, est considérée comme adaptée. Elle pourrait être exercée à 100%, avec un rendement de 100% (rapport du 14 octobre 2010, dossier SUVA, pièce 169). Bien que daté d'avant la pose des prothèses à la hanche droite en mars 2014 et au genou droit en décembre 2014, le médecin d'arrondissement fait état d'une capacité de travail identique à celle qui sera défendue plus tard par ses confrères de la SUVA. Quand bien même l'avis du Dr G. _____ est plus ancien, sur ce point précis, il va dans le sens de la capacité de travail retenue par l'autorité intimée dans la décision litigieuse. bb) Le Dr K. _____ soutient que son patient n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité. Dans une activité adaptée, il l'estime par contre en mesure de travailler à environ 50%, avec un rendement réduit de 20%. Celle-ci doit permettre l'alternance fréquente des positions assis-debout, un port de charges limité, peu de marche et pas de montée ou de descente d'escaliers ou d'échelles (rapports du 9 décembre 2015 et 12 avril 2016, dossier SUVA, pièces 341 et 368; cf. ég. pièces 230, 249, 256, 261, 278 et 309). On constate que les limitations fonctionnelles relevées par l'orthopédiste sont proches de celles retenues par les médecins de la SUVA. C'est sur la quantification de la capacité de travail que le Dr K. _____ se distingue. A cet égard, on doit relever que l'orthopédiste-traitant prend en compte des troubles qui ne sont pas en lien de causalité avec l'accident du 13 mai 2011. Ainsi, les limitations fonctionnelles liées à la hanche droite ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents. En outre, il appert que l'évaluation de la capacité de travail par le médecin semble influencée par des facteurs socio-économiques. Ainsi, il précise notamment qu'"au vu de son âge et de ses qualifications professionnelles préalables, il est peu probable que [le recourant] trouve un poste à sa convenance" (dossier SUVA, pièce 368). De tels facteurs ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de la LPGA.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 Enfin, on peut souligner que, selon la jurisprudence, le médecin traitant peut apprécier la situation dans une perspective favorable à son patient, vu la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. L'avis du Dr K. _____ ne remet dès lors pas en cause les conclusions des médecins de l'autorité intimée. cc) Dans ses rapports postérieurs à la pose des prothèses à la hanche droite en mars 2014 et au genou droit en décembre 2014, le Dr J. _____ ne statue pas sur la question de la capacité de travail de son patient. Tout au plus demande-t-il à l'OAI de "réévaluer la situation notamment vis-à-vis d'une rente", semblant implicitement considérer que la capacité de travail a diminué depuis le refus de rente du 14 juin 2013 (cf. dossier SUVA, pièces 229, 273 et 336). Cela étant, on peut rappeler qu'il estimait en dernier lieu qu'une capacité de travail de 50% pouvait être retrouvée dans une activité auprès de son ancien employeur (rapport du 4 février 2014, dossier SUVA, pièce 201; cf. ég. pièces 136, 146, 190 et 197). Il n'avait cependant jamais expressément évalué les limitations fonctionnelles de son patient ni sa disposition à exercer une activité adaptée. Ainsi, l'avis du Dr J. _____ est non seulement trop ancien pour évaluer la capacité de travail du recourant au moment de la décision litigieuse, mais il ne tranche pas la question ici litigieuse de la capacité de travail dans une activité adaptée. L'on peut par ailleurs douter de sa pertinence maintenant que le recourant dispose de prothèses. A tout le moins son avis ne remet pas en cause les conclusions concordantes des médecins de la SUVA. c) Partant, il apparaît que la capacité de travail retenue par l'autorité intimée dans sa décision litigieuse peut être confirmée. Le recourant paraît tout à fait en mesure de travailler à temps plein et sans perte de rendement dans une activité adaptée, laquelle doit essentiellement permettre l'alternance de position, ne doit pas imposer de port de charges lourdes, l'utilisation d'échelles ou d'échafaudages, de la marche

en terrain irrégulier et des positions de contrainte pour le genou. La comparaison des revenus n'est pas contestée par le recourant. Elle semble au demeurant exempte de critique. 7. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition du 10 août 2016 confirmée. Selon le principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice. Il n'est pas octroyé de dépens.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni octroyé de dépens. III. 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 14 juillet 2017/pte Président Greffier

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