

FR_GERICHTE 605 2016 42 vom 12. September 2016

FR Kantonsgericht, 2016-09-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_42

FR: FR_GERICHTE 605 2016 42 du 12 septembre 2016

IT: FR_GERICHTE 605 2016 42 del 12 settembre 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 22

juillet 2009, son cas a été annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci- après: OAI) pour une détection précoce puis, le 9 septembre 2009, pour des prestations de l'assurance-invalidité. Par décision du 21 décembre 2011, confirmant un projet du 31 août 2011, l'OAI a reconnu le droit de son assuré à une rente entière depuis le 1er juillet 2010. Dès le mois de janvier 2012 et sur suggestion du chirurgien-orthopédiste de l'assuré, l'OAI a transmis son dossier à son service de réadaptation afin de mettre en place un projet de réinsertion. Dans cette optique, une visite puis, dans un second temps, un stage d'évaluation et d'orientation a été réalisé au Centre G._____ du 20 août au 18 septembre 2012. Sur conseil de son SMR, l'OAI a également diligenté une expertise pluridisciplinaire (médecine générale, chirurgie de la main, psychiatrie et neuropsychologie) dont le mandat a été attribué au centre d'expertise H._____ par le biais de la plateforme SuisseMED@P. Dans leur rapport du 24 février 2014, les experts concluent à l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit sollicitant les mains de manière restreinte et légère. Par projet de décision du 1er avril 2014, confirmé par décision du 21 juillet 2014, l'OAI a supprimé la rente entière octroyée jusqu'alors et a rejeté une demande de reclassement dans un Certificat fédéral de capacité (ci-après: CFC) ou une Attestation fédérale de formation professionnelle (ci- après: AFP). Par contre, par communication du 1er avril 2014, l'Office a accordé une aide au placement. Contre cette décision, l'assuré a interjeté recours devant le Tribunal cantonal le 26 août 2014 (cause 608 2014 141). D. Pour sa part, le 29 août 2014, la CNA a mis un terme à la prise en charge des frais médicaux dès le 13 août 2014 et mis fin au paiement de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2014.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 Par décision du 8 août 2015, l'assureur-accidents a considéré que son assuré était entièrement en mesure de travailler dans une activité adaptée et a fixé son degré d'invalidité à 19%, octroyant une rente à ce taux. Pour sa part, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI) a été estimée à CHF 31'500.- compte tenu d'un taux de 25%. Statuant sur opposition le 25 janvier 2015, la CNA a réévalué le degré d'invalidité de son assuré à un taux de 28%, fondant le revenu d'invalidité non plus sur les descriptions du poste de travail mais sur les revenus statistiques. Pour le surplus, elle a confirmé sa précédente décision. E. Contre cette décision sur opposition, l'assuré, représenté par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 25 février 2016 concluant, principalement, à la reconnaissance d'un degré d'invalidité de 46%, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale et à l'octroi d'une

équitable indemnité de dépens. A l'appui de ses conclusions, il conteste l'avis du médecin d'arrondissement sur lequel la CNA fonde sa décision. Il soutient que cet avis est contredit par les rapports de son chirurgien et attestent que son rendement est partiel dans une activité adaptée. Dans ces circonstances, il estime que l'évaluation de son degré d'invalidité doit tenir compte d'une perte de rendement de 20% et d'un abattement salarial de 25%. Par ailleurs, il considère que les différences d'appréciation de sa capacité de rendement justifient la mise sur pied d'une expertise médicale. A son avis, cette mesure d'instruction est d'autant plus justifiée en l'espèce dès lors que son état de santé s'est même péjoré depuis novembre 2015. Dans ses observations du 18 mai 2016, la CNA conclut au rejet du recours. Elle est d'avis que l'avis médical dont se prévaut le recourant ne met pas en doute les conclusions de son médecin d'arrondissement, soit que l'assuré est en mesure de travailler sans perte de rendement dans une activité adaptée. Par ailleurs, elle relève que le médecin ne fait pas état d'une perte de rendement chiffrée. Enfin, elle estime avoir tenu compte d'un abattement généreux dans l'évaluation du degré d'invalidité de son assuré, bien suffisant pour prendre en compte les limitations dont il souffre. Il n'a pas été procédé à d'autre échange d'écritures entre les parties. Le dossier constitué par l'OAI au nom du recourant a été produit et versé à la présente cause, ce dont les parties ont été informées par courrier du 8 août 2016. 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.

1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

2. La CNA 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 13 août 2014 et mis fin au paiement de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2014. Ce point n'est à juste titre pas contesté en l'espèce. De même, ne sont pas non plus mis en cause la détermination du gain assuré, le montant du revenu de valide et la présence d'un lien de causalité entre les troubles allégués et l'accident du

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 7 juillet 2009. Enfin, le degré d'IPAI ainsi que le montant accordé à ce titre n'est, à raison, pas critiqué par le recourant. Toutes ces questions ne sont dès lors pas à examiner.

3. a) Conformément à l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la Loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), est réputé invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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.

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). 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. 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 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). c) 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 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (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 LPG, 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

E. 25

janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). 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). d) 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). 4. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que, pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes, quant au taux d'invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2a et les références). Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière, un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (ATF 133 V 549 consid. 6.1). D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assesseur. 5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). a) 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,

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 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. 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). En outre, 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

janvier 2008). b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. 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). 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). 6. Dans le cadre du droit à la rente, est en l'espèce d'abord litigieuse l'appréciation de la capacité de travail du recourant a) Dans la décision sur opposition litigieuse, la CNA se fonde sur l'avis de son médecin d'arrondissement, le Dr I. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie. Dans ses rapports du 21 novembre 2013 et du 18 août 2014, celui-ci considère que la capacité de travail du recourant est entière, sans perte de rendement, dans une activité adaptée. Cette activité devrait éviter les coups, les "à-coups" et les vibrations générées par des appareils, ne devrait pas imposer un port de charges importantes au niveau de la main ni répétitif de plus de 10 kg, ne devrait pas être répétitif et monotone ainsi qu'éviter toute position de contrainte (dossier CNA, pièces 284 et 321).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 En tant que spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, le médecin d'arrondissement a les compétences requises pour statuer en la matière. Par ailleurs, il a été le répondant médical à plusieurs reprises dans ce dossier et a, dès lors, une connaissance du cas sur la durée. Pour établir les deux rapports précités, le médecin s'est fondé sur le dossier de la CNA et sur des examens réalisés lors des entretiens ayant eu lieu avec l'assuré. Lors de ceux-ci, ce dernier a pu indiquer ses griefs, ses réflexions – celles en relation avec le stage auprès de G. _____ ont été confirmées par le médecin (cf. dossier CNA, pièce 283) – et ses plaintes. Ces rapports se fondent sur des examens complets et ont été établis en pleine connaissance du dossier. Enfin, 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. Le médecin souligne notamment que les limitations sont liées à la problématique des mains et poignets, mais surtout du côté droit. Cela permet à l'assuré de s'aider de sa main gauche, bien que de manière limitée vu que ce membre est également atteint. Les rapports du Dr I. _____ ont entière force probante. b) Leurs conclusions sont également confirmées par l'expertise diligentée par l'OAI auprès du Dr J. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, Dr K. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, Dr L. _____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, et M. _____, neuropsychologue FSP, tous experts auprès du H. _____. Les experts vont tous dans le sens de l'avis défendu par le Dr I. _____. Dans leur rapport daté du 24 février 2014, ils affirment que le recourant est en mesure d'exercer une activité, "pour autant que la sollicitation des mains soit restreinte et

légère". Dans une telle activité, la capacité de travail est entière sans perte de rendement depuis le jour de l'expertise (dossier CNA, pièce 298). Comme relevé dans le jugement en la cause 608 2014 141, cette expertise possède entière force probante. Le recourant ne la met par ailleurs pas en doute. 7. Pour contester la décision sur opposition ici litigieuse, et par conséquent les avis médicaux sur lesquels la CNA la fonde, le recourant se prévaut de l'avis de deux spécialistes en chirurgie de la main qu'il a consultés. a) Il s'agit d'abord de son chirurgien traitant, le Dr N._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main. Selon les dires du recourant, ce médecin atteste que seul un rendement partiel pourrait être atteint dans une activité adaptée et qu'il est justifié de tenir compte d'une perte de rendement de 25% dans l'évaluation de son degré d'invalidité. On peut admettre que le chirurgien fait état d'une diminution de rendement dans une activité manuelle sans charges lourdes ni trop répétitive dans son rapport du 28 mai 2014 (dossier CNA, pièce 385). Toutefois, le recourant omet de préciser que, dans un rapport ultérieur du 13 juin 2014, le même médecin estime expressément qu'une "capacité de 100% devrait être reconnue dans une activité manuelle adaptée, de bureau par exemple" (dossier OAI, pièce 805). En tout état de cause, il n'est jamais fait mention d'une perte de rendement de 25%. En outre, le rapport du 28 mai 2014 dont se prévaut le recourant ne contredit pas les conclusions de la CNA s'agissant de la capacité de travail. L'assureur tient en effet compte de limitations fonctionnelles plus larges que le chirurgien traitant et prévoit, notamment, un port de charge plus réduit (inférieur à 10 kg contre des "charges lourdes" pour le chirurgien traitant) et interdit

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 complètement les mouvements répétitifs (alors que le chirurgien traitant ne les exclut pas entièrement). Ainsi, le Dr N._____ arrive à la même conclusion que les experts du H._____ et le Dr I._____. L'assuré est atteint dans sa santé mais possède une capacité de travail dans une activité manuelle adaptée, soit évitant les charges et les activités répétées du poignet. b) Le recourant se prévaut ensuite de l'avis du Dr O._____, également spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, dont il produit un rapport à l'appui de son recours. Selon lui, le médecin constate une diminution de la force de serrage, aggravation qui justifierait la mise sur pied d'une nouvelle expertise. Dans son rapport du 27 novembre 2015, le médecin se fonde sur une sélection indéterminée de documents – parfois incomplets (le médecin signale un "extrait de l'expertise") –, des examens partiels et des radiographies de 2013. Certaines questions centrales – notamment l'évaluation de la capacité de travail – n'ont pas été traitées dès lors qu'elles "sortent du cadre de l'examen [qu'il a] pratiqué". Pour ces motifs, ce rapport ne possède aucune valeur probante. Cela étant, le Dr O._____ ne fait pas état d'une aggravation de l'état de santé mais, au pire, d'une stagnation. Ainsi, le médecin indique expressément qu'il "n'y a pas de différence notable quant aux valeurs mesurées en extension-flexion lors de [son] examen du 19 novembre" et qu'il n'est pas en mesure de comparer le reste du status avec celui décrit par le Dr N._____. S'il indique que la force de serrage "semble" en diminution, les résultats des examens n'ont que très peu changés entre mai 2014 et novembre 2015 (côté droit passant de 25-26 kg/cm² à 21-26- 28 kg/cm², côté gauche passant de 42-50 kg/cm² à 42-42-48 kg/cm²; cf. dossier OAI, pièces 784 et 798; cf. ég. dossier CNA, pièce 321). Enfin, contrairement aux allégations du recourant, le "nouveau bilan au plus tôt en avril 2014", conseillé par les experts du H._____ et dont le Dr O._____ confirme la pertinence, a bel et bien été réalisé. En effet, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA le 18 août 2014. Le bilan final effectué par ce médecin

constitue à n'en point douter un "bilan exhaustif" tel que préconisé. On peut douter que le Dr O. _____ ait été mis en possession dudit rapport dans la mesure où il n'en fait nullement mention. c) Partant, les documents dont se prévaut le recourant ne permettent pas de mettre en doute les avis concordants du Dr N. _____, des experts du H. _____ et du Dr I. _____. Par ailleurs, aucun autre élément du dossier d'assurance ne contredit ces conclusions. En particulier, la Cour relève que le Dr P. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et prédécesseur du Dr N. _____, ne suit plus l'assuré depuis fin 2012 (cf. téléphone du 31 janvier 2013, dossier CNA, pièce 245). Son avis, datant au minimum de plus de trois ans avant la décision sur opposition ici litigieuse, n'est plus représentatif de la situation d'espèce. Pour sa part, l'avis du Dr N. _____ dont se prévaut la CNA, daté du 22 mars 2016, a été établi postérieurement à la décision litigieuse et concerne des états de fait postérieurs à la décision contestée. Même s'ils confirment manifestement la position défendue par l'assureur, les constats médicaux y figurant n'ont pas à être pris en compte dans la présente procédure. Dans ces circonstances, la Cour retient que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée. Celle-ci doit éviter les coups, les "à-coups" et les vibrations générées par des

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 appareils, ne doit pas imposer un port de charges importantes au niveau de la main ni répétitif de plus de 10 kg, ne doit pas être répétitif et monotone et doit éviter toute position de contrainte. 8. Compte tenu de ce qui précède, il convient d'évaluer le degré d'invalidité du recourant, ce qui implique de procéder à la comparaison des revenus de valide et d'invalides. a) Le recourant ne conteste pas le montant du revenu de valide de CHF 73'512.- retenu par l'autorité intimée. Pourtant, force est de constater qu'en retenant un tel montant, la CNA a été favorable à l'assuré. En effet, son extrait de compte individuel montre qu'au fil des années l'assuré a enchaîné des périodes de chômage et des emplois de durée déterminée pour différents employeurs. Hors période de chômage, cela a entraîné des revenus bien inférieurs à CHF 70'000.-, soit CHF 20'580.- en 2003, CHF 49'142.- en 2004, CHF 28'897.- en 2005, CHF 15'297.- en 2006, CHF 25'276 en 2007 et CHF 43'010 en 2008 (dossier OAI, pièce 67). Encore en temps d'essai, il n'était au service de son employeur que depuis le début du mois avant son accident (dossier CNA, pièce 172). Néanmoins, dans la mesure où un tel revenu de valide est favorable à l'assuré et compte tenu du pouvoir d'appréciation reconnu à l'autorité intimée, la Cour ne reviendra pas sur ce point. Partant, le revenu de valide pour l'année 2014 est fixé à CHF 73'512.-. b) S'agissant ensuite du revenu d'invalides, la CNA s'est référée à la statistique moyenne du secteur privé, toutes branches économiques confondues, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2014). Elle s'est pour cela contentée de confirmer le calcul du revenu statistique 2014 de référence retenu par le recourant dans son mémoire d'opposition. Celui-ci se fondait sur un montant mensuel de CHF 5'210.- (ESS 2012, tableau TA1_skill_level, hommes, niveau de compétence 1), annualisé et indexé jusqu'en 2014 à un montant de CHF 66'158.40. Elle a ensuite tenu compte d'un abattement de 20% compte tenu des limitations fonctionnelles importantes à la main droite pour retenir un revenu d'invalides de CHF 52'926.-. Cette manière de faire est, à nouveau, en faveur de l'assuré. Dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités existant sur le marché du travail, on peut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux aptitudes du recourant, sans perte de rendement (cf. arrêt TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). En outre, on ne peut soutenir qu'une activité ne sollicitant les mains que de manière restreinte et légère soit une activité irréaliste ou marginale. En tenant compte d'un abattement de 20% en raison des

limitations fonctionnelles, l'autorité intimée a clairement pris en compte de manière suffisante les limitations fonctionnelles du recourant. Il est indéniable que les limitations dont il souffre aux mains ne sont pas négligeables. Mais on doit rappeler que le port de charges légères demeure encore possible et que le recourant, actuellement âgé de 43 ans, est en suisse depuis 14 ans. De ce fait, c'est à juste titre que l'autorité intimée a fixé le revenu annuel d'invalidé à CHF 52'926.-. c) Il ressort de la comparaison des revenus avec et sans invalidité une perte de gain se montant à CHF 20'586.- (CHF 73'512.- – CHF 52'926.-). Cette perte de gain représente un degré d'invalidité de 28% (cf. ATF 130 V 121), ce qui correspond précisément au taux d'invalidité que l'autorité intimée a retenu. Quand bien même l'assurance-accidents n'est pas liée par l'évaluation faite dans le cadre de l'assurance-invalidité, même s'il s'agit d'un pur cas commun, il sied néanmoins de souligner que le

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 taux d'invalidité retenu dans la procédure contre l'OAI (608 2014 141) se monte à 20%, bien qu'établi sur la base d'une estimation et de chiffres différents. 9. Le recours s'avérant au final intégralement mal fondé, il doit être rejeté et la décision querellée confirmée. La procédure étant gratuite en matière d'assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais de justice. Il n'est enfin pas alloué de dépens au recourant qui n'obtient pas gain de cause. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué 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 12 septembre 2016/pte Président Greffier

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