

FR_GERICHTE 605 2016 47 vom 3. März 2017

FR Kantonsgericht, 2017-03-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_47

FR: FR_GERICHTE 605 2016 47 du 3 mars 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2016 47 del 3 marzo 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

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. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose tout d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (arrêt TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et les références).

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; 125 V 456 consid. 5a et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références).

E. 3

Une fois ce lien de causalité établi, le droit aux prestations figurant dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents, notamment le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA), peut être examiné. a) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que le droit à une rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation d'un traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputé invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Il découle de cette notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). 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. b) 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, on tient compte de la perte de gain effective si on peut admettre que la personne assurée utilise au mieux sa capacité résiduelle de travail et si le revenu obtenu est en adéquation avec la prestation fournie. On se fonde sur un revenu hypothétique lorsque la personne assurée ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident (G. FRÉSARD-FELLAY, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, Berne 2015, § 286 p. 421). 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 SUVA auprès des diverses entreprises suisses et qui a permis de réunir des

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 données salariales concrètes pour de nombreux postes de travail faisant l'objet d'une description détaillée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

E. 4

a) Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin 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 105 V 158, 114 V 314; RCC 1982, p. 36). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles

formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, 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 et à s'exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; RCC 1988, p. 504 consid. 2). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt TFA I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 c) La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise dépend du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales selon la jurisprudence précitée. Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 5

Est en l'espèce essentiellement litigieuse la capacité de travail du recourant découlant des suites de l'accident du 24 juin 2013 devant être prise en considération dans le calcul du taux d'invalidité. Le recourant estime à cet égard que l'autorité intimée a indûment écarté l'avis émis à ce propos par le Dr B. _____, chirurgien orthopédiste FMH, qui contredirait l'appréciation faite par le Dr C. _____, également chirurgien orthopédiste FMH et médecin d'arrondissement de la SUVA, concernant sa capacité de travail. Pour sa part, l'autorité intimée considère que l'avis médical produit par le recourant n'est pas de nature à remettre en question la position dudit médecin d'arrondissement, suffisamment étayée et circonstanciée. a) Pour mémoire, suite à l'accident qui l'a blessé au niveau du genou droit, le recourant a subi une première intervention chirurgicale (ostéosynthèse du plateau tibial droit) réalisée le lendemain par le Dr D. _____, chirurgien orthopédiste FMH. Après un premier examen du 9 octobre 2013 du Dr C. _____ (dossier intimée, pièces 27 et 29), un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) est effectué du 13 novembre au 11 décembre 2013. Un second séjour à la CRR a lieu du 18 juin au 8 juillet 2014, lors duquel la possibilité d'une nouvelle intervention chirurgicale est envisagée. A l'issue de ce séjour, le Dr E. _____, chef de clinique adjoint, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, diagnostique un cal vicieux du plateau tibial externe du genou droit, et retient les limitations fonctionnelles provisoires suivantes: port répété de charges supérieures à 10 kg; marche prolongée en terrains irréguliers; montée et descente d'escaliers; activités nécessitant le maintien d'une position accroupie ou à genoux prolongée. Il affirme également que « le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est limité par les facteurs contextuels, chez un patient non-qualifié » (dossier intimée, pièce 84, p. 4). Le 30 octobre 2014, le Dr B. _____ procède à une nouvelle intervention chirurgicale (ablation du matériel d'ostéosynthèse et nouvelle réduction de la partie antéro-externe du plateau tibial). Lors d'un contrôle post-opératoire du 5 janvier 2015, ce chirurgien observe de gros progrès et constate que sur le plan radiologique, le plateau tibial externe est reconstruit. Il suggère que le recourant effectue un nouveau séjour à la CRR pour la suite de la rééducation et évaluation (dossier intimée, pièce 116).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 Le 4 février 2015, le recourant est une nouvelle fois examiné par le Dr C. _____. Ce dernier « s'attend à ce qu'une reprise d'activité dans le domaine du bâtiment soit difficile. A l'issue du séjour à la CRR, il faudra probablement reconvoquer le patient pour un bilan final, pour fixer des limitations et une exigibilité » (dossier intimée, pièce 123, p. 7). Un dernier séjour à la CRR a donc eu lieu du 18 mars au 15 avril 2015. Dans le cadre de ce séjour, le recourant a notamment été suivi par F. _____, physiothérapeute diplômée. Dans son rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles du 14 avril 2015, elle parvient à la conclusion que « le sujet sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles », ceci au vu de la comparaison entre le score du questionnaire PACT (appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le sujet - score correspondant à des activités exigeant un niveau d'effort léger à moyen) et le niveau d'effort fourni au cours de l'évaluation (niveau d'effort lourd, soit de 25 à 45 kg) (dossier intimée, pièce 139). D'autre part, un rapport d'évaluation des capacités professionnelles a été réalisé dans le cadre de ce séjour (dossier intimée, pièce 146). Des tests Valpar ont été effectués, ainsi que trois différents stages en entreprise, au cours desquels le rendement, la posture, le comportement ainsi que la qualité du travail fourni par l'intéressé ont notamment

été mesurés. Sur la base de ces différents éléments, le Dr E. _____, dans son rapport de sortie du 1er mai 2015 (dossier intimée, pièce 142), relève que « des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, telle que l'absence de qualification reconnue chez un patient qui sous-estime le niveau d'activité qu'il peut réaliser » (idem, p. 3). Estimant la situation stabilisée sur le plan médical, il retient les limitations fonctionnelles définitives suivantes: « le port de charges supérieures à 20 kg répété; la marche en terrain irrégulier; le maintien prolongé d'une position statique debout ou assise, ou accroupi ou à genoux; la montée ou la descente d'escaliers ou d'échelle répétées » (idem, p. 4). Enfin, il affirme que « le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'ouvrier dans le bâtiment est défavorable au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est limité par l'absence de qualification du patient et la longue incapacité de travail » (idem, p. 4). Il retient ainsi une pleine capacité de travail dans une activité adaptée décrite sous l'angle des quelques limitations observées. Le 27 mai 2015, le Dr B. _____, dans un courrier à l'attention du Dr G. _____, médecin-traitant du recourant (dossier intimée, pièce 148), estime que « comme mentionné par nos collègues de Sion, le patient ne pourra plus jamais travailler sur les chantiers. Il est en train de se chercher un emploi plus léger et de faire des démarches auprès de l'AI. Je pense que l'aspect cognitif rendra ceci un peu délicat. Pour le moment, je n'ai pu que confirmer l'incapacité définitive de travailler sur les chantiers. (...) Je vous laisse le soin de (...) l'encourager à recouvrer une activité à 50% au moins en emploi adapté ». Enfin, le 10 juin 2015, le Dr C. _____ a procédé à un examen médical final, sur la base duquel il déclare pouvoir « confirmer les limitations fonctionnelles de notre assuré énoncées au terme du dernier séjour à la CRR. On reconnaît donc des limitations à l'assuré pour ce qui concerne la marche prolongée ou la marche en terrains irréguliers, la station debout statique prolongée, le port de charges répété de plus de 20 kg, la montée/descente des escaliers, des échelles et des échafaudages, les travaux accroupis ou à genoux » (dossier intimée, pièce 150, p. 7). A l'exception apparente du Dr B. _____, une pleine capacité de travail est donc reconnue.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 b) Les différents rapports établis par les intervenants de la CRR, notamment le Dr E. _____, lequel a suivi le recourant durant chacun de ses trois séjours, d'environ 4 semaines chacun, apparaissent clairs et détaillés: la détermination de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles du recourant ont fait l'objet d'analyses médicales et socio- professionnelles approfondies. La lecture du rapport d'examen final du 10 juin 2015 du Dr C. _____ permet également de constater que ce dernier, spécialiste de la chirurgie orthopédique, s'est fondé sur le dossier médical complet de l'assuré et a procédé à au moins 3 examens personnels du recourant, lequel a ainsi pu s'exprimer à ces différentes occasions. Ce rapport a ainsi été établi en pleine connaissance de l'anamnèse du recourant, tient compte des plaintes exprimées par ce dernier, est le résultat d'examens complets et ses conclusions sont dûment motivées. Par ailleurs, il coïncide pleinement aux avis exprimés par les intervenants de la CRR. Ces différents rapports donnent ainsi une idée précise du tableau, à laquelle on peut manifestement se fier. c) La Cour constate par ailleurs que le recourant ne soulève pas d'argument particulier de nature à remettre en cause la valeur de ces différents avis médicaux, qui se sont penchés expressément sur la détermination de sa capacité de travail pour retenir, comme il a été dit, une pleine capacité de travail, sous réserve des quelques limitations signalées. Il se borne à citer l'avis du Dr B. _____, lequel ne fait qu'émettre des recommandations toutes générales concernant la

capacité de travail, tant dans son rapport du 19 novembre 2015 (« L'assistante sociale de H. _____ devrait convoquer le patient, étudier sa situation socio- économique avec lui et voir si elle pourrait l'aider à s'inscrire au chômage avec un rendement de 50% dans un poste plus léger et adapté, bien que ce sera relativement difficile pour lui, d'obtenir une activité lucrative dans ce contexte ») que dans son rapport du 26 novembre 2015 (« de façon théorique, dans un emploi extrêmement adapté avec peu de déplacement pour se rendre à son travail, peu de port de charges, pas de déplacement sur sol mouillé ou de contrainte majeure, en effet, le patient, de façon très théorique, aurait la possibilité d'avoir une activité à 100%. Toutefois, la mise en valeur de cette capacité théorique est difficile à réaliser compte tenu de l'absence de CFC, de ses connaissances linguistiques et du marché du travail. Il serait peut-être plus raisonnable de considérer qu'il est théoriquement apte à trouver une activité adaptée sédentaire très protégée, mais ceci plutôt à demi-journée et à 50% »). Force est ainsi de constater que ce dernier n'a pas formellement attesté d'une capacité de travail de 50%, évoquant au contraire la possibilité d'une activité à 100% sur le plan médical. De surcroît, en sa qualité de spécialiste consulté par le recourant, l'avis du Dr B. _____ doit être apprécié avec prudence. En effet, le rapport de confiance l'unissant au recourant est susceptible de créer une empathie pouvant potentiellement l'amener à prendre parti en sa faveur, comme il le relève d'ailleurs lui-même dans son dernier rapport (« il est difficile d'être juge et partie et je suis le chirurgien de Mr A. _____ »). A cela, il s'agit aussi de relever que la situation paraît être influencée par certains facteurs extérieurs à l'accident relevés par les spécialistes de la CRR (absence de qualification professionnelle, notamment) mais dont l'assurance-accidents ne saurait répondre. Et ce sont précisément ces facteurs qui compromettraient, selon le Dr B. _____, une pleine reprise du travail.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 d) La Cour estime dès lors que, contrairement à ce que prétend le recourant, l'avis du Dr C. _____ s'accorde avec les faits qui ressortent du dossier de l'assuré et s'avère ainsi pleinement concluant. Il rejoint pour l'essentiel les avis des autres médecins ayant été appelés à se prononcer, à savoir que si les atteintes du genou droit impliquent certes de tenir compte de certaines limitations fonctionnelles, la capacité de travail n'en demeure pas moins entière dans une activité ainsi adaptée. Une nouvelle expertise n'est, dans ces conditions, pas indiquée. Dans la mesure où les limitations fonctionnelles constatées objectivement ont été correctement prises en compte par l'autorité intimée pour fixer le revenu d'invalidé pouvant être réalisé dans une activité adaptée, c'est à bon droit que la SUVA a fixé le taux de la rente d'invalidité LAA à 18%. Le recourant ne conteste du reste à juste titre pas les modalités du calcul effectué par la SUVA, l'essentiel de ses critiques concernant l'appréciation d'une capacité de travail qui vient d'être confirmée. Il s'ensuit que le recours, infondé, doit être rejeté.

E. 6

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPG), il n'est pas perçu de frais de justice. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPG). Il n'est pas non plus alloué de dépens à l'autorité intimée, chargée de tâches de droit public (arrêt TF 9C_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8 et la référence), et qui n'en a à juste titre pas demandé. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté et la décision querellée est intégralement confirmée. II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué d'indemnité de partie. 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 3 mars 2017/isc Président Greffière

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