

# FR\_GERICHTE 605 2017 78 vom 14. September 2017

FR Kantonsgericht, 2017-09-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2017\\_78](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_78)

FR: FR\_GERICHTE 605 2017 78 du 14 septembre 2017

IT: FR\_GERICHTE 605 2017 78 del 14 settembre 2017

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 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.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8

### E. 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) L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) 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). 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). 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 (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.3; cf. ég. arrêts TF U 305/03 du 31 août 2004 et U 89/95 du 21 novembre 1995; RAMA 2005 p. 366; MAURER, op. cit., p. 274). c) 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). En ce qui concerne le revenu d'invalidé, 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 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 SUVA 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). S'agissant de cette dernière méthode, le Tribunal fédéral exige, en sus de la production d'au moins cinq descriptions de poste de travail (DPT), la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié, ni admissible (ATF 129 V 472). En l'absence de DPT recueillies conformément aux exigences posées par la jurisprudence, il y a lieu de se fonder sur les statistiques salariales de l'OFS (cf. arrêt TF U 81/2005 du 14 juin 2006 consid. 3.2).

### **E. 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 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, 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).

#### **E. 4**

Amenée à statuer, la Cour de céans constate que les critiques formulées dans le recours ne permettent pas de mettre en doute la décision sur opposition du 2 mars 2017. a) Dans le cadre la partie "en fait" de son mémoire, le recourant soutient qu'"on ne peut que s'étonner que l'on veuille supprimer les indemnités journalières, avant même que la situation [ne] soit stabilisée, soit avant que l'on ait procédé à l'ablation des plaques (AMO)". Il conteste ainsi la cessation du versement d'indemnités journalières, soutenant que son état de santé n'est pas stabilisé. Il s'appuie sur un rapport du 22 juin 2016 du Dr D.\_\_\_\_\_, généraliste, selon lequel "il faudra procéder à une ablation de la plaque dans les 6 mois à venir", cette opération pouvant "améliorer

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 partiellement l'état clinique mais sans pour autant améliorer la capacité de travail" (dossier SUVA, pièce 233). Cependant, dans ce rapport médical du 22 juin 2016, le médecin ne soutient aucunement que l'état de santé ne soit pas stabilisé. Au contraire, entre les deux passages cités ci-avant, il affirme expressément que "d'un point de vue médical, la situation est stabilisée" (dossier SUVA, pièce 233). Dans ses deux rapports ultérieurs, il ajoutera que "la situation reste stable" (dossier SUVA, pièces 248 et 252). Autre médecin interrogée à la même période, la Dresse E.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, médecin d'arrondissement, estime que "la situation peut être considérée comme stabilisée" (dossier SUVA, pièce 194). Ainsi, les médecins attestent expressément de la stabilisation de l'état de santé du recourant. La thèse soutenue par le recourant ne peut ainsi être suivie sous l'angle de la médecine. b) Le recourant conteste ensuite l'évaluation de capacité de travail, soutenant que son membre supérieur gauche est inutilisable. Si le Dr D.\_\_\_\_\_ et le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, attestent à ce jour toujours d'une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité de maçon, ils admettent en revanche que celui-ci est en mesure d'exercer une autre activité depuis 2015. Ainsi, dans un rapport du 14 août 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_ indiquait qu'"en ce qui concerne son futur professionnel comme maçon, nous prions la SUVA de prendre en charge le patient pour une évaluation et pour une éventuelle réintégration professionnelle dans une tâche avec des travaux à basse charge" (dossier SUVA, pièce 161). Le Dr D.\_\_\_\_\_ fait une remarque identique dans des rapports du 14 janvier 2016 et du 19 avril 2016, lorsqu'il indique ce qui suit: "il faut envisager une reconversion professionnelle et [le patient] devrait avoir de l'aide pour cela" (dossier SUVA, pièce 189 et 215). Il précisera ensuite que son patient "pourrait réaliser des activités sans mouvement de force à [gauche] et en tenant compte de la perte de dextérité du poignet [gauche] liée à une arthrodèse du poignet" (rapport du 22 juin 2016, dossier SUVA, pièce 233). La Dresse E.\_\_\_\_\_ présente une opinion semblable dans son rapport du 3 février 2016 lorsqu'elle soutient que "l'atteinte au poignet [gauche] ne permet pas le retour

dans l'ancienne activité de maçon. En revanche, cet assuré pourrait mettre en valeur une pleine capacité dans toute activité n'exigeant pas les ports de charges supérieures à 3 kg ni les sollicitations répétitives du poignet [gauche]" (dossier SUVA, pièce 194). A nouveau, l'on constate que la thèse défendue par le recourant, qui fait au demeurant abstraction de ses obligations de diminuer le dommage, ne peut manifestement pas être suivie. c) Le recourant critique enfin les DPT retenues par l'autorité intimée (cf. dossier SUVA, pièce 221). Il fait d'abord le reproche que quatre activités ne sont pas destinées aux deux sexes. S'agissant de celle d'"aide de cantine", il relève ainsi que "l'expérience nous enseigne que l'on voit rarement, pour ne pas dire plus, des hommes exercer une fonction d'employés d'office [...]. Cela est d'autant plus le cas qu'il y a du linge à repasser. Il y a tout de même lieu de rappeler que le recourant a travaillé dans un domaine extrêmement physique et on le voit mal manier du linge délicat, étant d'ailleurs relevé qu'il est extrêmement rare, même de nos jours, qu'une [sic] homme repasse du

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 linge, même dans le cadre privé". Par cette critique, outre qu'on ne peut cantonner certaines activités à un seul sexe, le recourant ne remet absolument pas en cause l'adéquation de ces postes avec son état de santé. Au demeurant, force est de constater que les postes de travail décrits parlent bien d'activités qui peuvent être exercées tant par des hommes que par des femmes, de sorte que son premier grief, qui se fonde beaucoup moins sur le droit que sur une conception d'un autre âge du monde du travail, doit être écarté. Le recourant se plaint encore qu'un poste de travail nécessite l'usage de la langue allemande, une langue qu'il peine à maîtriser. Toutefois, à nouveau, force est de constater que, par cette critique, il ne met pas en cause la compatibilité de ce poste avec son état de santé. Un facteur extra-médical tel que la langue n'a pas à être pris en compte dans l'évaluation de l'invalidité – on le rappelle, y compris sur la base des données salariales de l'OFS. En outre, l'usage des DPT est une méthode d'évaluation du salaire d'invalidé et non une proposition de poste concrète: on part de l'idée que les données salariales peuvent être transposées dans la région linguistique du recourant. Enfin, le recourant affirme que certains postes amènent des sollicitations répétitives de son membre supérieur gauche et se plaint que certaines activités de montage nécessitent une grande précision – les affirmant adaptées aux "mains plus graciles d'une femme" – qu'il n'est pas en mesure d'amener. Cela étant, l'usage du bras dominant du recourant n'est pas limité, de sorte qu'on peut exiger une certaine dextérité de sa part. Au demeurant, à la lecture des différents DPT, on ne peut que constater, une nouvelle fois, que les griefs du recourant sont sans fondement, les postes retenus n'exigeant pas de lui une dextérité ou un usage des deux bras exagéré au vu de son état de santé. Par exemple, l'organisateur de l'activité d'aide mécanicien soutient qu'il s'agit "d'une activité assise qui consiste à monter des modules électro-mécaniques simples [...]. Ces pièces pèsent quelques grammes mais ne demandent pas une grande dextérité".

## **E. 5**

a) Au vu de l'ensemble qui précède, le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté. b) La procédure devant le Tribunal cantonal des assurances est, en règle générale, gratuite pour les parties. Des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 61 let. a LPGA). D'après la jurisprudence, agit par témérité ou légèreté la partie qui sait ou devrait savoir en faisant preuve de l'attention normalement exigible que les faits invoqués à l'appui de ses conclusions ne sont pas conformes à la vérité. La témérité doit en outre être admise lorsqu'une partie viole une obligation qui lui incombe ou lorsqu'elle soutient jusque devant

l'autorité de recours un point de vue manifestement contraire à la loi (ATF 124 V 287 consid. 3b, 112 V 334 consid. 5a et les références). Au vu des faits relevés plus haut, force est de constater que la position défendue par le recourant apparaissait d'emblée compromise. Les rapports médicaux au dossier attestent d'un état de santé stabilisé. Cela était particulièrement le cas des rapports cités dans le mémoire de recours, lesquels soutenaient en toutes lettres que "la situation est stabilisée" ce qui situe d'emblée l'argumentation présentée dans le domaine de la subjectivité la plus totale. En outre, les médecins affirment tous que le recourant est encore en mesure de travailler, ce qui va à l'encontre de la thèse non étayée que son membre supérieur est désormais inutilisable. Par ailleurs, à la lecture des DPT, il apparaissait clairement que la sollicitation du membre non dominant n'était pas importante dans les postes retenus. Enfin, les remarques datées et discriminatoires à l'égard des femmes –

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 étonnamment cautionnées sans réserve par un avocat auxiliaire de justice – ne pouvaient manifestement convaincre. Compte tenu de la pauvreté de ses arguments, le recourant pouvait reconnaître, à tout le moins en faisant preuve de l'attention requise, que le procès qu'il entendait mener ne reposait sur rien et serait voué à l'échec. Malgré tout, il a persisté dans sa démarche, faisant preuve d'une légèreté qui ne peut se lire autrement que comme de la témérité. Par conséquent, le principe de gratuité généralement applicable en matière d'assurance-accidents, ne saurait s'appliquer. Il convient de d'astreindre le recourant au paiement des frais de justice. Ceux-ci sont fixés à CHF 400.-.

c) Quand bien même elle obtient gain de cause, il n'est alloué aucune indemnité de partie à la SUVA (art. 139 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative; CPJA; RSF 150.1). On peut, en l'espèce, se demander pourquoi elle a fait appel à un avocat. d) En présence d'un recours téméraire, comme il l'a été dit, la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (605 2017 79) doit enfin être rejetée. la Cour arrête: I. Le recours (605 2017 78) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (605 2017 79) est rejetée. III. Les frais de procédure, par CHF 400.- sont mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. V. 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 septembre 2017/pte Président Greffier

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