

FR_GERICHTE 605 2017 8 vom 29. Juni 2018

FR Kantonsgericht, 2018-06-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_8

FR: FR_GERICHTE 605 2017 8 du 29 juin 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 8 del 29 giugno 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 16

mars 2016, lui a pour sa part octroyé une rente entière d'invalidité du 1er janvier 2013 au 30 juin 2016 uniquement. D. Contre la décision sur opposition de la CNA du 19 décembre 2016, A._____, représenté par Me Charles Guerry, avocat à Fribourg, interjette un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut en substance à l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents fondée sur un taux d'invalidité de 51 %. Dans sa réponse du 4 avril 2017, la CNA conclut au rejet du recours. Les 19 avril 2017 et 3 avril 2018, le recourant a encore déposé l'avis des docteurs I._____, spécialiste en médecine interne générale et médecine physique et réadaptation (du 1er février 2017), et J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (du 11 janvier 2018), pour demander la reprise du versement par la CNA des indemnités journalières ainsi que de la prise en charge du traitement médical avec effet rétroactif au 1er novembre 2016. Subsidiairement, il a maintenu avoir droit à une rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 51 %. Il a par ailleurs remis sa liste de frais et honoraires. Les 24 mai 2017 et 9 mai 2018, la CNA a maintenu sa conclusion en rejet du recours. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. E. Par décision séparée de ce jour, la Cour des assurances sociales a rejeté son recours formé contre la décision de l'office AI du 22 décembre 2016 (affaire 605 2017 9). en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et représenté par un avocat, le recours est recevable. 2. 2.1. Selon l'art. 18 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 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 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) est réputé invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 2.2. En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de

l'atteinte à la santé (ATF 114 V 310 consid. 3; arrêt TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il découle par conséquent de la 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 (RFJ 2009 p. 320). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste alors à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 et réf. cit.). 3. Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à des prestations en espèces de l'assurance- accidents dès le 1er novembre 2016. 3.1. Le recourant reproche à la CNA d'avoir insuffisamment tenu compte de ses douleurs chroniques lors de l'examen de l'exigibilité d'une activité professionnelle adaptée; il soutient que sa capacité de travail dans une activité particulièrement légère ne dépasse pas 50 % (respectivement 100 %, avec une baisse de rendement de 50 %). 3.1.1. Il n'appartient pas à la Cour de céans de se prononcer sur l'opportunité des différentes interventions orthopédiques subies par le recourant, singulièrement de débattre de l'existence ou non d'une lésion du sus-épineux en 2013 et, donc, de la nécessité d'un point de vue médical de l'opération du 16 avril 2013 (à ce sujet, voir avis du Dr J. _____ du 11 janvier 2018 et du Dr E. _____ des 7 mai 2014 et 16 juin 2015). L'élément déterminant est que le recourant a connu une rupture (déchirure) de la coiffe des rotateurs le 30 octobre 2009, assimilable en principe à accident, et qu'il a subi plusieurs interventions orthopédiques jusqu'à ce que sa situation soit médicalement stabilisée cinq mois environ après l'intervention du 16 juin 2015 (consid. 3.1.2 ci- après; voir ég. avis du Dr H. _____ du 27 mai 2016). Le Dr J. _____ déconseille d'ailleurs sans aucune ambiguïté une nouvelle opération ou la pose d'une prothèse (avis du 11 janvier 2018 précité). Contrairement à ce que prétend le recourant, l'avis du Dr I. _____ du 1er février 2017 n'établit pour le surplus nullement la nécessité de nouvelles investigations sur le plan médical; le médecin indique uniquement – au terme d'une

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 consultation très brève et sans connaissance approfondie du dossier – que l'assuré pourrait bénéficier d'un programme et de traitements interdisciplinaires multimodaux de prise en charge de la douleur. De telles recommandations, qui reposent sur un modèle biopsychosocial, ne sont pas déterminantes dans l'évaluation d'un cas d'assurance-accidents. 3.1.2. Le Dr E. _____ est ensuite le chirurgien traitant (en dernier lieu) du recourant et a suivi celui-ci depuis le 7 mai 2014. Il a régulièrement reçu l'assuré à sa consultation, en pleine connaissance de ses antécédents personnels, et exclu de manière convaincante la reprise d'une activité lourde telle que celle exercée habituellement (avis du 7 mai 2014 précité et du 20 octobre 2015). L'ensemble des médecins traitants partage cette conclusion (voir p. ex. avis du Dr D. _____ du

E. 18

janvier 2016). En d'autres termes, sur un plan médico-théorique, le recourant peut exercer à plein temps et sans perte de rendement une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1er novembre 2016 (pour l'essentiel, sans mouvement répétitif des épaules au-dessus de la tête et avec un port de

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 charges inférieures à cinq kilos jusqu'à hauteur des hanches; pour les détails, voir avis du médecin d'arrondissement du 29 février 2016). Au regard du large éventail d'activités simples que recouvrent les secteurs de la production et des services, un certain nombre d'entre elles sont par ailleurs (très) légères, c'est-à-dire nécessitant uniquement occasionnellement le port de charges inférieures à 5 kilos (maximum théorique), et donc manifestement adaptées aux restrictions fonctionnelles présentées par le recourant. La CNA a d'ailleurs mentionné deux activités (conducteur de palan et rectificateur/tourneur) qui nécessitent uniquement de soulever des charges très légères occasionnellement voire jamais. 3.1.3. Il s'ensuit que le recourant est en mesure d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 100 % sur un plan médico-théorique dès le 1er novembre 2016, sans perte de rendement. Il a d'ailleurs demandé l'ouverture d'un délai-cadre d'indemnisation de l'assurance- chômage (courrier de la Caisse publique de chômage du 24 novembre 2016). 3.2. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) 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 (revenu d'invalide). 3.2.1. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide doit être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1). En l'occurrence, le recourant conteste les données salariales résultant des DPT car trois des activités prises en compte nécessitent de porter ou de soulever des charges de moins de cinq kilos très souvent. Dans son recours, il propose toutefois de retenir un revenu d'invalide de CHF 65'475.95, soit un revenu sensiblement supérieur à celui pris en compte par la CNA (CHF 60'954.-, sur la base des DPT), ce qui ne paraît pas aller dans le sens de ses intérêts. Quoiqu'il en soit, selon l'ESS 2012, il aurait été en mesure de percevoir un revenu de 62'520 fr. (5'210 fr. x 12) pour des tâches physiques ou manuelles simples (ESS 2012, tableau TA 1 «skill level», valeur médiane «totale» dans les secteurs de la production et des services). Ce montant est calculé sur la base d'une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle est de 41,7 heures en 2016 (voir Office fédéral de la statistique, Statistique de la durée normale du travail dans les entreprises). Il convient de plus d'indexer ce montant selon l'indice des salaires nominaux de la branche et de procéder à un abattement de 10 % compte tenu des limitations fonctionnelles. Le revenu annuel d'invalide du recourant résultant de l'ESS se monte dès lors à CHF 60'187.- en 2016 (soit un montant très légèrement inférieur à celui pris en compte par la CNA). Quant au revenu sans invalidité, le recourant admet expressément le montant de CHF 66'320.-. 3.2.2. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité du recourant s'élève à 9 %. Ce taux, inférieur à 10 %, n'ouvre par le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (consid. 2.1 supra).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 Il au demeurant été plutôt généreusement calculé, obtenu qu'il est sur la base, notamment, d'un revenu statistique d'invalide sur lequel un abattement a encore été opéré. 4. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté. Succombant, le recourant n'a pas droit à une indemnité de partie. La procédure étant gratuite en matière d'assurance-accidents, il n'est par ailleurs pas perçu de frais de justice. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué une indemnité de

partie. III. Notification. 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 29 juin 2018 /obl Le Président : Le Greffier :

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