

## **FR\_GERICHTE 605 2018 40 vom 12. Juni 2019**

FR Kantonsgericht, 2019-06-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2018\\_40](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_40)

FR: FR\_GERICHTE 605 2018 40 du 12 juin 2019

IT: FR\_GERICHTE 605 2018 40 del 12 giugno 2019

### **Regeste**

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

### **Erwägungen**

#### **E. 13**

juin 2014, en raison de la "fracture des 2 calcanéums". Par décision du 11 septembre 2018, l'OAI lui a reconnu le droit à une rente entière du 1er janvier 2015 au 31 octobre 2017, la rente étant supprimée dès cette date en raison d'un degré d'invalidité désormais nul. Un recours a été interjeté contre cette décision devant le Tribunal cantonal (605 2018 246) sur lequel il sera statué dans un arrêt ultérieur. C. Dans le cadre de l'examen du dossier par la SUVA, l'assuré a bénéficié de séjours auprès de D.\_\_\_\_\_ du 1er octobre au 19 novembre 2014, du 24 août au 27 septembre 2016 et du 13 juin au 4 juillet 2017. Alors que les médecins de D.\_\_\_\_\_ estimaient que la situation n'était pas stabilisée lors des deux premiers séjours, ils ont conclu à l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée à l'issue du troisième. Le cas de l'assuré a également été soumis aux médecins d'arrondissement de la SUVA, en dernier lieu la Dresse E.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie. Lors de son examen final du 21 août 2017, celle-ci conclut à l'existence d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée ainsi qu'à un taux d'atteinte à l'intégrité de 25%. Par décision du 11 octobre 2017, confirmée sur opposition le 26 janvier 2018, la SUVA a refusé d'octroyer une rente d'invalidité en l'absence de perte de gain. Par contre, elle a reconnu à son assuré le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité basée sur un taux de 25%. D. Contre cette décision, l'assuré interjette recours devant le Tribunal cantonal, le 19 février 2018 et soutient, avis de ses médecins à son appui, ne pas encore être en mesure de travailler. Pour sa part, dans ses observations du 12 avril 2018, la SUVA propose le rejet du recours, se référant aux conclusions de ses médecins qu'elle estime entièrement probantes.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 15 Dans ses contre-observations du 13 juillet 2018, l'assuré, désormais représenté par Me Charles Guerry, avocat, conclut, principalement, à la mise sur pied d'une expertise médicale et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente de 10%. A ses dires, les conclusions des médecins de l'assurance-accidents sont contredites par leurs constats de sorte qu'il existe de sérieux doutes quant à la fiabilité et la pertinence de leurs rapports. Il constate, de plus, que l'avis de son orthopédiste traitant va dans le sens d'une incapacité de travail totale. Dans ces circonstances, l'avis des médecins internes à l'assurance lui semble sérieusement mis en cause, de sorte qu'il est nécessaire de compléter l'instruction. Il conteste finalement la comparaison des revenus, relevant que le revenu de valide ne prend pas en compte son ancien salaire et que les DPT choisies ne tiennent pas compte de ses limitations. Sur ce dernier point, il soutient qu'il faudrait fonder le revenu d'invalidé sur les chiffres statistiques, avec un abattement de 15%. Dans ses ultimes remarques du 6

septembre 2018, la SUVA maintient sa proposition de rejeter le recours. Continuant de se référer aux conclusions de ses médecins, dont elle confirme la valeur probante, elle indique, en outre, avoir fondé le revenu de valide sur la base des données communiquées par différentes entreprises fribourgeoises employant des monteurs en chauffage/sanitaire, sans CFC, âgés de 40 ans. Par contre, elle admet que les DPT initialement retenues ne prenaient pas en compte la possibilité de changer la position librement, produisant d'autres descriptifs et retenant désormais un degré d'invalidité de 5.73%. Dans un mémoire spontané du 5 octobre 2018, le recourant modifie ses conclusions et demande, principalement, que dans le cadre du renvoi pour instruction la SUVA reprenne le versement des indemnités journalières ainsi que la prise en charge du traitement médical avec effet rétroactif au 1er novembre 2017. Il conclut en outre, subsidiairement, à ce que degré d'invalidité soit fixé à 100% et celui de l'IPAI à 45%. Il fonde ces nouvelles conclusions sur des rapports médicaux de ses médecins traitants, lesquels achèveraient de mettre en doute les avis des médecins de la SUVA. Dans sa détermination du 7 novembre 2018, la SUVA maintient sa proposition de rejeter le recours, estimant notamment que les nouvelles conclusions excèdent l'objet de la contestation et l'objet du litige. Le 25 avril 2019, les parties ont été informées que la Cour de céans versait au dossier de la cause celui constitué par l'OAI (605 2018 246). Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt.

1. 1.1. En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1; 125 V 413 consid. 1a et les arrêts cités). L'objet du litige dans la procédure juridictionnelle subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (arrêt TF 9C\_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2).

1.2. S'agissant d'abord de l'objet de la contestation, la Cour constate que la décision du 11 octobre 2017 portait explicitement sur deux problématiques juridiques distinctes: le droit à la rente et le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans la mesure où le droit à la rente n'est examiné que lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une amélioration de l'état de santé, la problématique de stabilisation de l'état de santé n'était qu'implicitement exposée. Dans sa décision sur opposition du 26 janvier 2018, la SUVA examine désormais explicitement la question de la stabilisation de l'état de santé. En outre, elle traite en détail du droit à la rente. Ces dernières problématiques sont comprises dans l'objet de la contestation. Par contre, dans la décision attaquée, la SUVA ne revient pas sur la problématique du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, laquelle n'était au demeurant pas contestée par l'assuré dans son opposition. Les conclusions quant à l'augmentation de 25% à 45% du degré de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité concernent donc une problématique qui n'est pas comprise dans l'objet de la contestation. Le recours doit donc être déclaré irrecevable sur ce point.

2. Sous

réserve de ce qui précède, le recours est recevable. Il a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant, dûment représenté, est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 3. 3.1. 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.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 3.2. 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). De même, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b). 3.3. 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). Ce qu'il faut entendre par "sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré" n'est pas décrit par le texte de la disposition légale. Eu égard au fait que l'assurance-accidents sociale vise, selon sa conception même, les personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), cette notion est définie notamment par la mesure de l'amélioration attendue de la capacité de travail ou celle de sa reprise, pour autant que celle-là ait été influencée par un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3). 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. Il ne suffit donc pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.3; RAMA 2005 p. 366), ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (arrêts TF U 305/03 du 31 août 2004 et U 89/95 du 21 novembre 1995; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd. 1989, p. 274). 4. 4.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, 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. 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 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de

leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n°17 consid. 2a; 1991 n°11 et 100 consid. 1b; 1990 n°12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 4.2. Pour statuer, 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). 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. 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). 4.3. 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). Cela étant, 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 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). La jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit immanquablement entre le médecin traitant et son patient, ainsi que sur l'indépendance présumée d'un médecin lié à un assureur par un rapport de travail, mais n'en déduit pas pour autant une quelconque règle de préséance (arrêt TF 9C\_843/2007 du 28 juillet 2008 consid. 3). 5. Est en l'espèce notamment litigieuse la question, dans le cadre de l'examen du droit à la rente, de la stabilisation de l'état de santé.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 Dans ses différents mémoires, le recourant remet en cause ce constat en critiquant l'appréciation faite de sa capacité de travail. 5.1. Dans le rapport final du 14 juillet 2017, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecin adjoint du service de réadaptation de l'appareil locomoteur de D. \_\_\_\_\_, attestait d'une évolution subjective et objective stagnante, avec des douleurs et des limitations fonctionnelles qui n'avaient pas changées. Il décrivait un "patient très centré sur les douleurs et avec qui les thérapies n'ont aucun impact", faisant de nombreux parallèles avec la situation présente lors du précédent séjour de l'assuré en août-septembre 2016. Selon lui, la situation était "stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles" et il ne proposait "aucune nouvelle intervention", relevant qu'il n'y avait "plus d'indication chirurgicale susceptible d'améliorer la situation" (dossier SUVA, pièce 275). Le médecin se référait, en cela, à l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin consultant au sein de D. \_\_\_\_\_. Selon lui, il s'agissait d'un cas chronicisé pour lequel il "ne [fallait] plus rien faire ni de médical ni de chirurgical car on n'a[vait] aucune chance de l'améliorer". Il pensait, notamment, qu'une électroneuromyographie (ENMG) ou une chirurgie des syndromes du tunnel tarsien n'apporteraient rien, ou qu'un bénéfice très modeste. Le Dr F. \_\_\_\_\_ se référait également à l'avis du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, lequel était "très dubitatif par rapport à l'effet d'une éventuelle nouvelle infiltration [et] ne vo[ait] pas d'indication à une neurolyse chirurgicale", proposant tout au plus d'adapter la médication antalgique (dossier SUVA, pièce 275). A ce stade, la Cour relève que D. \_\_\_\_\_ fait partie des centres d'expertises pluridisciplinaires liés à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) par une convention. Quand bien même il s'agit d'une entité gérée par la SUVA, l'avis de ses médecins ne peut être – comme semble le faire le recourant – assimilé aux rapports des médecins d'un assureur social. Or, force est de constater que les conclusions des médecins de D. \_\_\_\_\_ sont fondées tant sur l'étude du dossier que leurs propres constatations, à l'occasion de trois séjours en 2014, 2016 et 2017. Les différents spécialistes ont donc été en mesure d'observer et examiner le recourant dans le cadre d'une hospitalisation sur une période prolongée. Pour sa part, le recourant a pu exposer l'étendue de ses douleurs et de ses limitations, non seulement lors des entretiens avec les médecins, mais également dans le cadre des différentes activités mises sur pied. Ainsi, il a réalisé des activités dans des ateliers professionnels, par lesquelles le médecin responsable a pu déceler des limitations liées au handicap ou, au contraire, sans lien direct avec celui-ci ("patient passif, centré sur la douleur, incapacité de travail de longue durée", une "absence de formation professionnelle" et le fait que l'assuré "n'a pas réfléchi à des pistes professionnelles adaptées"). Leurs rapports apparaissent donc d'emblée particulièrement complets et étoffés. Tant dans leurs différents avis spécialisés que dans leur rapport d'évaluation final du 14 juillet 2017, les médecins de D. \_\_\_\_\_ ont procédé à une étude détaillée des problématiques dont souffre le recourant. En particulier, alors qu'une hypothèse de syndrome du tunnel tarsien est émise par les médecins traitants (cf. not. dossier SUVA; pièces 162, 163, 223, 235, 243, 250, 256, 264), les spécialistes procèdent à une analyse approfondie et constatent qu'il n'y a plus aucun signe objectif en faveur d'un tel syndrome, "les conductions motrices du nerf tibial droit se sont normalisées de même que l'EMG depuis l'évaluation précédente". Ils discutent également de

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 l'intérêt à la poursuite du traitement médical et de ses effets, retenant qu'un ENMG "n'apportera rien puisque c'est une atteinte essentiellement sensitive", que des infiltrations ne feraient pas "changer de façon substantielle le pronostic

du patient" et que "la chirurgie des syndromes du tunnel tarsien dans ce contexte est peu recommandable puisque souvent les gens récidivent". Dans ces circonstances, la Cour retient que les conclusions des médecins de D. \_\_\_\_\_ remplissent les critères formels pour leur reconnaître une pleine valeur probante. Elles apparaissent, par ailleurs, bien argumentées et pleinement convaincantes, de sorte que la Cour ne saurait s'en écarter sans autre motif. 5.2. Leur avis est encore renforcé par la lecture des rapports du Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, figurant dans le dossier de l'autorité intimée. Le 15 mars 2016, ce dernier, a procédé à deux opérations, soit une "AMO plaque calcanéum, arthrodèse sous-astragalienne et prise de greffe tricorticale au niveau de la crête iliaque calcanéum" et une "AMO calcanéum G" (dossier SUVA, pièces 190 et 191). Après cette double intervention, le médecin a souligné la très faible amélioration subjective de la situation jusqu'en octobre 2016, période durant laquelle le patient déclare des douleurs en baisse et indique "arrive[r] à marcher avec des chaussures orthopédiques ddc en charge partielle du membre inférieur D" alors qu'il se déplaçait initialement en chaise roulante (dossier SUVA, pièces 196, 200, 208, 231, 243 et 256). Depuis (dossier SUVA, pièces 243, 250, 264, 318, 324) – et cela même postérieurement à la décision litigieuse (dossier SUVA, pièce 336) –, le médecin rencontre son patient tous les deux- trois mois pour contrôle et atteste d'une situation n'évoluant pas, que cela soit négativement ou positivement, alors que les suites de l'intervention sont consolidées. Il indique que "l'évolution est stable avec une persistance des douleurs" (dossier SUVA, pièce 250), que "l'évolution est plutôt moyenne" (dossier SUVA; pièce 264), que la physiothérapie "n'a pas apporté[e] d'amélioration" (dossier SUVA, pièce 318) et que "l'évolution est stagnante depuis plusieurs mois" (dossier SUVA, pièce 336). Il prescrit un traitement exclusivement conservateur (physiothérapie et balnéothérapie) et antalgique. Il propose même que la SUVA convoque son patient "afin de discuter d'une réinsertion professionnelle adaptée à ses conditions physiques" (dossier SUVA, pièce 318). L'ensemble de ces éléments vont dans le sens d'une situation stabilisée depuis octobre 2016, soit plus d'une année avant que la décision litigieuse ne soit rendue. 5.3. Cela étant, le recourant conteste cette appréciation. Il se prévaut d'abord de l'avis du 5 juillet 2018 de la Dresse J. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, laquelle constate l'existence d'un "syndrome du tunnel tarsien droit" dont elle suggère la prise en charge symptomatique par la poursuite du traitement, la consultation d'un centre spécialisé d'antalgie et l'éventuelle prise d'antidépresseurs. Il se réfère aussi à un courrier du Dr I. \_\_\_\_\_ du 19 septembre 2018, dans lequel le médecin propose désormais une "prise en charge chirurgicale de ce tunnel tarsien symptomatique" agendée au 13 novembre 2018. Cependant, l'on rappelle que le moment où a été rendue la décision litigieuse délimite, en règle générale, l'état de fait déterminant permettant d'examiner la légalité de l'acte attaqué (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 129 V 1 consid. 1.2). Or, ces rapports ne se fondent manifestement pas sur la situation médicale du recourant au moment où la décision litigieuse a été rendue, le

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 26 janvier 2018. Au contraire, la Dresse J. \_\_\_\_\_ ne suit l'assuré que depuis très récemment et base son appréciation sur un ENMG du 5 juillet 2018. Pour sa part, ainsi qu'il a été relevé ci-avant, le Dr I. \_\_\_\_\_ ne suggérerait pas de traitement médical propre à améliorer sensiblement la capacité de travail de son patient depuis 2016. Dans ce contexte, la nouvelle proposition de "prise en charge chirurgicale de ce tunnel tarsien symptomatique" agendée au 13 novembre 2018 ne peut être comprise qu'en lien avec l'intervention de la doctoresse précitée, soit une intervention fondée sur des examens postérieurs à la décision. Il n'expose par ailleurs pas pourquoi une nouvelle

intervention serait soudainement indiquée alors même que le "nouveau" diagnostic ne semble pas se déduire d'une réelle évolution des plaintes, demeurées exactement les mêmes. Ces éléments postérieurs ne sauraient ainsi remettre en cause la décision du 11 octobre 2017 et celle sur opposition du 26 janvier 2018. Dans ces circonstances, au vu des avis concordants au dossier, la Cour confirme que c'est à juste titre que l'autorité intimée est passée au régime de la rente, l'état de santé de l'assuré devant être considéré comme stabilisé au plus tard depuis octobre 2016. Ceci dit, l'on ne saurait faire l'impasse sur tout examen de l'impact sur l'état de santé et la capacité de travail de ces nouvelles découvertes et propositions thérapeutiques, par exemple sous l'angle d'une éventuelle rechute du cas (cf. art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance- accidents, OLAA; RS 832.202) ou du seul art. 21 LAA (traitement médical après la fixation de la rente). Cela s'écarte néanmoins de l'objet du litige soumis à la Cour de céans de sorte qu'il n'est pas nécessaire d'y procéder dans le cadre du présent jugement. Le droit aux indemnités journalières demandées doit par conséquent être nié. 6. Au vu de ce qui précède, il convient dès lors de passer à l'examen du droit à la rente, ce qui implique, dans un premier temps, d'évaluer la capacité de travail du recourant. 6.1. Dans son rapport final du 14 juillet 2017, le Dr F.\_\_\_\_\_ estime que l'assuré n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité. S'il pense que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée est défavorable en raison des facteurs contextuels, sur le plan théorique, il estime qu'une activité adaptée est possible et il retient les limitations fonctionnelles définitives suivantes : port de charges lourdes, marche prolongée et sur terrain irrégulier, position accroupie, montée d'échelles (dossier SUVA, pièce 275). Ainsi qu'il a été relevé ci-avant (consid. 5.1), l'appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_ remplit les critères formels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Il n'est pas nécessaire d'y revenir. 6.2. Cela étant, dans le cadre de l'échange d'écritures, le recourant reproche au Dr F.\_\_\_\_\_ d'avoir fait l'impasse sur certaines remarques de son collègue, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui a examiné le patient dans le cadre des ateliers professionnels de D.\_\_\_\_\_. Celui-ci relève que "la position assise est maintenue au maximum durant 50 minutes puis [le recourant] doit prendre une pause de 15 minutes. Lors du maintien de la position assise, [il] enlève ses chaussures. Les déplacements ainsi que les escaliers sont réalisés

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 à l'aide de moyens auxiliaires et avec des difficultés". Le médecin conclut avoir observé "un comportement très algique avec des mimiques de douleurs" et ajoute que, de par "son discours et son comportement, [le recourant] ne se projette actuellement pas dans une activité professionnelle". Il s'agit des éléments résumés par le Dr F.\_\_\_\_\_ dans son rapport final, lorsqu'il retient qu'il "est noté un comportement douloureux marqué. La position assise n'a pu être tenue que 50 minutes avec pause de 15 minutes. Il ne se projette dans aucune activité professionnelle". L'on ne saurait donc lui faire grief de ne pas avoir pris en compte ces éléments, lesquels ne semblent au demeurant qu'une description du comportement du recourant – donc susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs n'engageant, par principe, pas l'assurance-accidents – lors des ateliers. Tout au plus peut-on relever que, si le Dr F.\_\_\_\_\_ atteste de l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée, il n'en détermine pas explicitement l'ampleur. Il est néanmoins évident que le médecin aurait pu faire état d'une incapacité de travail, éventuellement partielle, ne serait-ce que sous la forme d'une réserve ou d'un commentaire. Ainsi, quand bien même la capacité de travail n'est pas quantifiée, l'on peut considérer qu'elle est d'une notable importance, voire entière, dans une activité parfaitement adaptée. 6.3. Sur la question précisément de la capacité de travail, un examen a

été réalisé par le médecin d'arrondissement de la SUVA, la Dresse E.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, médecin d'arrondissement, le 21 août 2017. Dans son rapport, la doctoresse estime que "la capacité de travail dans l'ancien travail est de 0%. Dans un travail adapté respectant les limitations suivantes, capacité de travail de 100% (horaire et rendement). Les limitations à respecter sont les suivantes : port de charges lourdes, marche prolongée et sur terrain irrégulier, position accroupie, montée d'échelles ou échafaudages. Travail principalement assis avec la possibilité de changer la position librement" (dossier SUVA, pièce 281). La doctoresse se contente de faire état de constatations et d'une appréciation médicale des plus sommaires avant d'édicter une estimation de la capacité de travail. Cependant, contrairement à ce que tente de le démontrer le recourant, bien que cet avis soit très succinct, aucun élément au dossier ne le met sérieusement en doute. La Cour vient en effet de démontrer qu'aucun élément dans le rapport de D.\_\_\_\_\_ n'allait dans le sens d'une capacité de travail limitée dans une activité parfaitement adaptée. En outre, force est de constater que, dans la presque totalité de ses rapports médicaux, le Dr I.\_\_\_\_\_ n'atteste que d'une incapacité de travail dans l'ancienne activité de monteur en chauffage (dossier SUVA, pièces 127, 128, 162, 186, 196, 200, 208, 223, 231, 243, 250, 256, 264, 318 et 324). Par contre, il mentionne l'hypothèse d'une reconversion professionnelle, laquelle est également évoquée par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin assistance à la clinique de chirurgie orthopédique de C.\_\_\_\_\_, et le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale (cf. dossier SUVA, pièces 111, 133, 164, 311, 318). Cela laisse clairement entendre que, aux yeux de ces médecins, le recourant possède bien une capacité de travail dans une activité adaptée, soit, en substance, sans travail debout, sans longue marche et avec un port de charges limité. Ces

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 limitations fonctionnelles vont dans le sens de celles retenues tant par la Dresse E.\_\_\_\_\_ que par les médecins de D.\_\_\_\_\_, ce qui tend à en confirmer la pertinence. La Cour prend acte que, dans ses rapports du 30 novembre 2017 et du 29 janvier 2018, le Dr I.\_\_\_\_\_ affirme que son patient ne serait "pas capable de travailler" et lui conseille "de se réannoncer à l'AI et de faire une nouvelle opposition à la SUVA en demandant un 2ème avis par une expertise neutre" (dossier SUVA, pièce 324 et 336). L'on constate d'emblée que ces rapports ne sont aucunement étayés. Par ailleurs, à lire le médecin, ces remarques s'inscrivent dans le cadre des plaintes de son patient. Or, en même temps, le médecin cite une "situation sociale et économique [...] critique" et un patient qui "ne trouve pas d'emploi malgré une reconversion professionnelle". Ces éléments qui n'ont pas à être pris en charge par les assurances sociales (cf. consid. 6.2 ci-dessous). L'on s'interroge en outre sur la "reconversion professionnelle" évoquée par le médecin alors que son patient n'a, à lire les dossiers de l'assurance-invalidité et de l'assurance-accidents, pas bénéficié de ce type de prestations. Cela irait plutôt dans le sens que le médecin se fonde, de manière non négligeable, sur les déclarations du patient, ce qui tendrait à minimiser la valeur probante de ses raisonnements. Quoi qu'il en soit, même dans les rapports médicaux produits le 5 octobre 2018 – on le rappelle, qui n'ont pas à être pris en compte dans le présent contexte (cf. consid. 5.3) – les différents médecins n'examinent pas la problématique de la capacité de travail. Ils n'attestent ainsi (toujours) pas explicitement d'une incapacité de travail dans une activité adaptée. Ils ne discutent pas, non plus, des conclusions des médecins de D.\_\_\_\_\_ et du médecin d'arrondissement. Aucun élément au dossier ne permet donc de mettre en doute les conclusions de ces derniers. Quant à la perspective d'une nouvelle intervention, celle-ci ne devrait pas remettre durablement en

cause la capacité de travail. Tout au plus sera-t-elle susceptible de l'améliorer encore dans le long terme. 6.4. Au demeurant, ainsi qu'il a déjà été évoqué ci-avant, l'on ne peut pas exclure que la capacité de travail du recourant soit également influencée, et cela de manière non négligeable, par des facteurs extra-médicaux. En effet, dans son rapport final, le Dr F. \_\_\_\_\_ soulignait que les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient que partiellement par les lésions objectives. En revanche, il relevait que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles et le retour au travail. Au titre de tels facteurs, il citait une mauvaise maîtrise de la langue, l'absence de formation, un patient extrêmement centré sur les douleurs, une catastrophisation élevée, une tendance à l'évitement modérée, une auto-évaluation des capacités fonctionnelles très basse, un manque de confiance en ses capacités de réinsertion professionnelle, l'absence du travail depuis 5 années et une importante passivité (dossier SUVA, pièce 275). Par ailleurs, on rappelle que le Dr I. \_\_\_\_\_ faisait également mention de l'impact de tels facteurs, citant ainsi une "situation sociale et économique est critique" chez un patient sans emploi (dossier SUVA, pièce 336). Ces facteurs extra-médicaux peuvent expliquer – à tout le moins en partie – le fait que le recourant se déclare inapte au travail, y compris dans une activité adaptée. Ces facteurs n'ont cependant pas à être pris en charge par l'assurance-accidents.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 A tout le moins, dans un tel contexte psycho-social, procéder à des nouvelles mesures d'instruction pourrait avoir pour effet de renforcer le recourant dans sa conviction d'invalidité, ce qui ne saurait être encouragé. 6.5. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que l'appréciation de la Dresse E. \_\_\_\_\_ n'est nullement mise en doute par les autres rapports au dossier. Au contraire, un faisceau d'indices va dans le sens de la confirmation de cette appréciation. Partant, en se fondant sur le principe de la vraisemblance prépondérante applicable dans le domaine des assurances sociales, la Cour peut s'y rattacher. 7. 7.1. L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de quatre méthodes dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, la méthode ordinaire, la méthode spécifique, la méthode mixte et la méthode extraordinaire. La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidité, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). 7.2. 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). La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié de faire application des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts 9C\_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C\_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées). 7.3. De jurisprudence constante, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation

professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 n. U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c p. 201). 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'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C\_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). 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

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 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). 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 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 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; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a). 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). 8. 8.1. En l'occurrence, dans la décision sur opposition du 26 janvier 2018, la SUVA a retenu un revenu de valide de CHF 5'042.- (part du 13ème salaire incluse). Le recourant conteste ce revenu, indiquant que son ancien employeur lui octroyait un salaire de CHF 5'242.- (CHF 4'848.- + 13ème salaire). Ces reproches ne sont pas fondés. L'autorité intimée ne s'est pas référée au dernier salaire réellement obtenu par l'assuré dès lors que la société qui l'employait était en liquidation. Elle s'est, par contre, référée aux données communiquées par cinq entreprises fribourgeoises employant des monteurs en chauffage/sanitaire, sans CFC, âgés de 40 ans (revenus situés entre CHF 4'300.- et CHF 5'600.-, 13ème salaire non inclus; cf. dossier SUVA, pièces 297ss). Il s'agit donc d'un

salaires basé sur une moyenne pour l'année 2017, pour un employé ayant le profil du recourant. Cette manière de faire est conforme à la jurisprudence et ne saurait être mise en cause. Le montant de CHF 5'042.- peut être confirmé au titre de revenu de valide.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 8.2. S'agissant du revenu d'invalidé, l'autorité intimée se référait initialement à un montant mensuel de CHF 5'195.-, se fondant sur des revenus consignés dans les descriptions de cinq postes de travail (DPT). Cela étant, dans le cadre de ses ultimes remarques du 6 septembre 2018, la SUVA a admis que les DPT initialement choisis ne tenaient pas intégralement compte des limitations du recourant et a procédé à une nouvelle recherche de DPT. Elle propose désormais qu'un revenu d'invalidé de CHF 4'759.30 soit retenu, montant qui correspond à la moyenne des salaires moyens de cinq nouveaux DPT sur un total de 79. Il s'agit globalement de postes imposant un port très limité de charges, concentré sur l'usage des bras et des mains (parfois pour du travail de précision), avec des déplacements inférieurs à 50 mètres (lorsqu'il y en a) et permettant le libre choix des positions (assis-debout). Il s'agit de postes qui peuvent être occupés par un homme sans formation. Ces nouvelles descriptions de poste de travail, sur lesquelles le recourant s'est prononcé dans le cadre de l'échange des écritures, correspondent aux limitations telles que relevées par les médecins de D. \_\_\_\_\_ et la Dresse E. \_\_\_\_\_, soit l'interdiction du port de charges lourdes, de la marche prolongée et sur terrain irrégulier, de la position accroupie et de la montée d'échelles. L'on peut donc retenir un montant de CHF 4'759.30 au titre de revenu d'invalidé. 8.3. Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 5'042.-) et d'invalidé (CHF 4'759.30) un degré d'invalidité de 5.73%, soit 6%. Un degré d'invalidité inférieur à 10% ne donne pas droit à une rente de l'assurance-accidents. Cela étant, même s'il était procédé à une comparaison des revenus basée sur un revenu de valide tiré de l'Enquête suisse sur la structure des salaires selon les conditions fixées par le recourant, on constate que le degré d'invalidité demeurerait de l'ordre de 6%. En effet, le revenu de valide de CHF 5'042.- serait comparé à un montant de CHF 4'753.05 (CHF 5'340.- en 2016, adaptés pour tenir compte de l'indexation et du temps de travail de 41.7 heures par semaines en 2017, avec une capacité de travail de 100% et l'abattement de 15% demandé au titre de désavantage salarial). L'on rappelle, néanmoins, à ce stade que les risques compensés par l'abattement supplémentaire au titre de désavantage salarial ne constituent a priori pas un cas d'assurance-accidents (art. 6 LAA), de sorte que se pose la question de savoir si un tel abattement trouve application dans cette matière. Dans tous les cas de figure, le taux d'invalidité demeure insuffisant pour créer un droit à la rente. 9. 9.1. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 26 janvier 2018 confirmée. 9.2. Dans le cadre de l'échange d'écriture, le recourant se prévaut de arrêt TC FR 605 2017 100 du 22 décembre 2017 (consid. 7) pour exiger l'octroi de dépens. Selon lui, "la SUVA peut être considérée comme responsable de la tenue de la présente procédure devant la Cour des assurances sociales et il se justifie pour cette raison de mettre les dépens à sa charge" dès lors qu'elle a admis sa critique envers le revenu d'invalidé et produit de nouveaux DPT. Force est cependant de constater que cette requête se situe aux confins de la témérité. C'est en effet clairement à tort que le recourant se prévaut de cet arrêt, dont le complexe de faits et l'objet du litige était limité à la seule problématique du choix des DPT. Tel n'est pas le cas en l'espèce

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 alors que son argumentation avait essentiellement trait à des problématiques médicales, étant rappelé que seul le dispositif – ici le refus de prestation – est contesté. Dans ce contexte, la critique quant au choix des DPT apparaissait

très accessoire (un court paragraphe sur des contre- observations de 19 pages). Cela ne saurait lui donner droit à une indemnité de partie, fût-elle même symbolique. 9.3. Il n'est pas perçu de frais de procédure en application du principe de la gratuité valant en la matière, quand bien même l'on peut se demander si les motifs à l'origine de la demande d'indemnité de partie ne sont pas téméraires. la Cour arrête : I. Le recours, pour autant que recevable, est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni octroyé d'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 12 juin 2019/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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