

FR_GERICHTE 605 2021 191 vom 3. Juni 2022

FR Kantonsgericht, 2022-06-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2021_191

FR: FR_GERICHTE 605 2021 191 du 3 juin 2022

IT: FR_GERICHTE 605 2021 191 del 3 giugno 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 21

avril 2022). D. Dans l'intervalle, le 16 janvier 2019, le recourant a annoncé à la SUVA une rechute en lien avec la chute du 23 décembre 2001, précisant qu'il allait subir le 25 juin 2019 une intervention chirurgicale, à savoir une neurolyse et transposition du nerf cubital droit. Le diagnostic posé était une compression de ce nerf sur malposition du coude en valgus après traitement conservateur de la fracture subie dans l'enfance. L'opération s'est déroulée comme prévu et les premières suites post-opératoires ont été favorables (dossier administratif p. 4, 5, 35). Par communication du 15 juillet 2019, la SUVA a pris en charge la rechute, notamment par l'octroi d'indemnités journalières dès le 25 juin 2019, versées directement au service social allouant des prestations d'aide matérielle au recourant, et par le financement de séances de physiothérapie (dossier administratif p. 37, 65). En raison de douleurs persistantes au coude droit, ainsi qu'à l'épaule droite, une IRM a été réalisée, puis une nouvelle intervention chirurgicale prévue le 14 mai 2020, en vue de l'ablation d'une tumeur graisseuse à l'épaule droite. Par communication du 24 mars 2020, se référant à l'avis d'un médecin d'arrondissement, la Suva a nié le lien de causalité entre l'accident du 23 décembre 2001 et l'opération en question (dossier administratif p. 103, 114, 117). E. Par communication du 24 février 2021, se référant à un rapport d'appréciation médicale établi par un médecin d'arrondissement du 19 février 2021, la SUVA a constaté que la situation médicale pour les seules suites de l'accident du 23 décembre 2001 était stabilisée et elle a mis fin au paiement des indemnités journalières avec effet au 30 avril 2021 (dossier administratif p. 203, 208). Par décision du 6 mai 2021, se basant également sur le rapport du 19 février 2021, la SUVA a octroyé au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 8'010.-, basée sur un taux de 7.5%. Elle a par ailleurs nié tout droit à une rente d'invalidité, au motif qu'il n'existait pas de diminution notable de l'incapacité de gain due à l'accident (dossier administratif, p. 230). Cette décision a été confirmée sur opposition le 19 août 2021 (dossier administratif, p. 252). F. Par recours de droit administratif interjeté le 12 septembre 2021, le recourant conteste la décision sur opposition du 19 août 2021, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance- accidents. A l'appui de sa position, il indique pour l'essentiel que les problèmes liés à son coude droit depuis l'accident du 23 décembre 2001 se sont dégradés avec le temps et qu'il ne peut pas l'utiliser au quotidien, notamment pour porter des charges même moyennement lourdes, ce qui a eu pour effet de dégrader également sa santé psychique. Se référant au rapport d'appréciation du médecin Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 d'arrondissement de la SUVA, il ajoute que cette atteinte entraîne des limitations de sa capacité de travail et qu'il subit d'autres problèmes de

santé qui l'empêchent de travailler. Le 20 septembre 2021, le recourant a produit d'autres documents médicaux. Dans ses observations du 6 octobre 2021, se référant à la motivation de sa décision sur opposition ainsi qu'à un nouveau rapport d'appréciation médicale établi par un médecin d'arrondissement, la SUVA conclut au rejet du recours. Le 30 novembre 2021, le recourant a produit un rapport établi par un neurologue. Ce rapport a été transmis à la SUVA pour information. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit 1. Recevabilité Le recours 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. Partant, le recours est recevable.

2. Question litigieuse En l'espèce, suite à une rechute liée à l'accident du 23 décembre 2001 lors duquel il a glissé sur la neige et s'est réceptionné sur le dos et le coude droit, la SUVA a reconnu au recourant le droit à des prestations de l'assurance-accidents. La SUVA a en particulier pris en charge l'intervention chirurgicale du 25 juin 2019 et notamment les séances de physiothérapie. Elle a par contre refusé de financer une nouvelle opération du 14 mai 2020 concernant l'épaule droite. En lien avec la rechute concernant le coude droit, elle a également alloué des indemnités journalières du 25 juin 2019 jusqu'au 30 avril 2021, date à laquelle la situation médicale pour les seules suites de l'accident, respectivement de la rechute, a été considérée comme stabilisée. Ces éléments ne sont pas contestés. Il en va de même de la décision du 6 mai 2021 en tant qu'elle a octroyé au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 8'010.-, basée sur un taux de 7.5%. La seule question litigieuse est ainsi celle de l'éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents à partir du 1er mai 2021. La SUVA nie l'existence d'un tel droit, au motif qu'à

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 cette date qu'il n'existait plus de diminution notable de l'incapacité de gain due à l'accident. Le recourant estime quant à lui que la dégradation des problèmes liés à son coude droit depuis l'accident du 23 décembre 2001 entraîne des limitations qui, conjugués à ses autres problèmes de santé, l'empêchent de travailler.

3. Notions d'accident et de rechute, nécessité d'un lien de causalité avec l'atteinte à la santé

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 réputée 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.

3.2. Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. La réapparition de douleurs prévisibles et occasionnées par un état stabilisé n'est toutefois pas une rechute. Quant aux séquelles ou suites tardives, elles se présentent lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a, 118 V 296 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire

naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références citées; arrêt TC FR 605 2018 83 du 10 avril 2019 consid. 2.4.1) 3.3. La condition du 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 si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). Enfin, admettre l'existence d'un lien de causalité au seul motif que des symptômes sont apparus après un accident revient à se fonder sur l'adage « après l'accident, donc à cause de l'accident » (« post hoc ergo propter hoc »), lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un tel lien (arrêt TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. consid. 3b).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 3.4. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale 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; 129 V 401 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références). 3.4.1. En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (arrêt TF 8C_420/2013 du 30 mai 2014 consid. 5.1; ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). 3.4.2. En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (arrêt TF 8C_108/2015 du 4 août 2015 consid. 4.1; ATF 117 V 359 consid. 6; 117 V 369 consid. 4; 115 V 133 consid. 6; 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV no 23 p. 67) ou d'un traumatisme crânio-cervical (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV no 8 p. 27 consid. 2 et les références). 3.4.3. En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, la jurisprudence a posé plusieurs critères (sur l'ensemble de cette problématique voir p. ex.

ATF 115 V 133; 115 V 403). Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. 4. Règles relatives à la rente d'invalidité 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. 4.1. Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée 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). A teneur de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 4.2. 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 d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, 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). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Pour la comparaison des revenus, 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 no 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). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident. 4.3. 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

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 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). 4.4. En ce qui concerne le revenu d'invalidé, 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 (Frésard-Fellay, Droit suisse de la sécurité sociale, Vol. II, 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'invalidé peut être évalué notamment sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : l'OFS); arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). 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 données salariales concrètes pour de nombreux postes de travail faisant l'objet d'une description détaillée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La détermination du revenu d'invalidé sur la base de ces fiches – appelées DPT – suppose en sus de la production d'au moins cinq d'entre elles, 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. Si la SUVA n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT. En revanche, si les DPT satisfont aux conditions formelles précitées, la CNA peut et même doit s'y référer pour fixer le revenu d'invalidé. En pareils cas, il n'est pas nécessaire d'effectuer un calcul de contrôle à l'aide des statistiques salariales de l'Enquête suisse sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (arrêt TF 8C_790/2009 du 27 juillet 2010 consid. 4.3). Il n'en va pas différemment si un tel calcul était favorable pour l'assuré (arrêt TF 8C_525/2010 du 21 septembre 2010 consid. 3.2.2.3). Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée, ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). 4.5. 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut

encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 5. Règles relatives à l'appréciation des preuves 5.1. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 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). 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 mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 5.2. 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 5.3. 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

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 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 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). 6. Discussion sur le droit à la rente 6.1. Pour qu'un droit à la rente existe à partir du 1er mai 2021, il faudrait qu'il soit établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant subit à partir de cette date une incapacité de gain d'au moins 10% à cause de l'accident, respectivement d'une rechute ou de séquelles tardives elles-mêmes en lien de causalité avec l'atteinte initiale. La SUVA nie l'existence d'un tel droit à la rente au motif que, sans atteinte à la santé, le recourant réaliserait en 2021 un revenu annuel de CHF 62'709.- dans son ancienne activité dans le commerce de détail ou dans la boulangerie, calculé sur la base des chiffres de l'enquête sur la structure des salaires (ESS 2018, branche 47, avec correction de l'horaire hebdomadaire et indexation), soit un montant inférieur à celui qu'il pourrait encore gagner en tenant compte des atteintes causées par l'accident du 23 décembre 2001, respectivement avec la rechute ou des séquelles tardives de ces atteintes, à savoir CHF 66'001.- (revenu d'invalidé). Le revenu sans invalidité fixé à CHF 62'709.- n'est pas contesté et peut être confirmé. Il reste dès lors à examiner le bien-fondé du revenu d'invalidé de CHF 66'001.-, calculé par la SUVA en tenant compte d'une capacité de travail et de gain entière dans une activité adaptée aux limitations induites par l'atteinte au coude droit du recourant. 6.2. Le recourant fonde son recours non seulement sur les problèmes liés à son coude droit depuis l'accident du 23 décembre 2001 – en affirmant que l'état de son coude s'est dégradé avec le temps et qu'il ne peut pas l'utiliser au quotidien, notamment pour porter des charges même moyennement lourdes – mais également sur une atteinte psychique qui serait induite par cette affection, ainsi que sur une série d'autres atteintes à la santé qui l'empêcheraient totalement de travailler. 6.2.1. Il faut d'emblée exclure tout lien de causalité entre l'accident du 23 décembre 2001 et les atteintes suivantes invoquées dans le recours: hyperréactivité bronchique avec hypersensibilité aux poussières de farine; syndrome restrictif pulmonaire secondaire à l'obésité morbide; gonarthrose bi-compartimentale bilatérale; obésité morbide de grade III selon l'OMS; Eczéma de contact anamnestique; cardiopathie ischémique avec infarctus NSTEMI en septembre 2019 avec une sténose sévère de l'artère circonflexe distale, traitée par l'implantation d'un stent actif (fonction ventriculaire préservée), syndrome métabolique avec obésité morbide de grade III selon l'OMS,

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète de type 2 insulinoquant; syndrome des apnées du sommeil de sévérité moyenne, sous traitement; tabagisme actif à 2.5 UPA; lombalgies chroniques non spécifiques sur troubles dégénératifs et statiques lombaires modérées. 6.2.2. Il a également été vu ci-dessus que les douleurs à l'épaule sont dues à une autre cause que l'accident en question. Ce qui n'est pas contesté par le recourant (voir consid. 2). 6.2.3. Quant aux atteintes psychiques invoquées, qualifiées dans le recours d'épisode dépressif d'intensité moyenne à sévère, il ne peut pas non plus être retenu qu'elles soient dues à l'accident du 23 décembre 2001, voire qu'elles constituent une rechute ou des séquelles tardives en lien de causalité avec les atteintes dues à cet accident. En effet, l'accident du 23 décembre 2001 a consisté en une simple glissade

entraînant la chute du recourant de sa hauteur sur son coude droit, de telle sorte qu'il doit être rangé parmi les accidents de peu de gravité. Or, il a été vu ci-dessus (consid. 3.4.3) que, selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut partir de l'idée qu'une telle simple chute n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Il peut dès lors être admis avec certitude que les troubles psychiques du recourant, du reste survenus plusieurs années plus tard, sont liés à des facteurs étrangers à l'accident. Il en résulte que dans la présente cause relevant de l'assurance-accidents, pour déterminer le revenu encore réalisable par le recourant dans une activité adaptée (revenu d'invalidé), c'est à bon droit que la SUVA a tenu compte uniquement des limitations liées à l'atteinte à son coude droit, seule affection en lien de causalité avec l'accident de 2001.

6.3. Dans sa décision du 6 mai 2021, confirmée sur opposition, la SUVA a estimé la capacité de travail résiduelle du recourant en se fondant sur l'appréciation du 19 février 2021 de Dr D. _____, médecin d'arrondissement, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie (dossier administratif p. 203).

6.3.1. Après avoir examiné l'ensemble des pièces médicales relatives au coude droit du recourant, ce spécialiste a fait les constats suivants. La fracture de 2001 est survenue sur un coude qui était déjà le siège d'une déformation consécutive à une ancienne fracture survenue dans l'enfance. Vu le faible déplacement, le traitement a été conservateur, avec une évolution défavorable. Plus particulièrement, une rechute a été signalée en 2019 en raison d'une souffrance du nerf cubital au coude qui présente une tendance à l'aggravation par rapport aux anciens examens réalisés dans les années 2000. En lien avec cette rechute, le médecin d'arrondissement mentionne que Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a procédé à une transposition du nerf ulnaire au coude, nerf décrit comme intact mais présentant une déformation en sablier. Subjectivement, l'évolution suite à cette opération n'a été que partiellement favorable, en lien avec la persistance de douleurs et de paresthésies associées à un manque de force en distalité. Objectivement, il persistait une hypoesthésie touchant les 4ème et 5ème doigts. Il n'y avait pas de Tinel dans la région de la transposition antérieure, mais la région de l'épitrôchlée restait sensible. La mobilisation du coude contre résistance était douloureuse, mais la mobilisation en flexion/extension était à 110-0-10° correspondant au status antérieur, de même que la déformation en valgus. En distalité, la force était intacte, le signe de Froment négatif et la force de préhension était à 8 kg à droite contre 34 kg à gauche. Sur cette base, le médecin d'arrondissement relève que l'état antérieur à l'opération, avec la déformation en valgus notable consécutive à la fracture survenue dans

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 l'enfance, joue un rôle non négligeable dans l'évaluation des limitations. Au final, en prenant en compte les séquelles de l'accident, respectivement de la rechute qui a donné lieu à l'opération de juin 2019, il retient que le recourant serait à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'économie, sans port de charges lourdes, sans port continu et/ou répétitif de charges moyennes, sans préhension forcée avec la main, sans activités engendrant des chocs ou des vibrations notamment si elles sont continues et/ou répétitives au niveau du membre supérieur droit.

6.3.2. Aucun document médical au dossier ne conduit à remettre en cause les constats qui précèdent et l'appréciation de la capacité de travail résiduelle qui en résultent. En particulier, le recourant a certes produit avec son recours, puis quelques jours plus tard, des rapports médicaux établis notamment par son chirurgien traitant, Dr E. _____, ainsi que par des médecins-assistants œuvrant dans la même clinique. La plupart de ces rapports, datés notamment des 18 janvier 2019, 18 juillet 2019, 2 octobre 2019,

E. 26

novembre 2019, 6 janvier 2020, 15 juillet 2020, 17 août 2020 et 12 janvier 2021, ont toutefois été rédigés avant le rapport d'appréciation médicale établi le 19 février 2021 par le médecin d'arrondissement qui en reprend le contenu en y ajoutant une estimation de la capacité résiduelle de travail. Quant aux rapports ultérieurs du 6 mai 2021, du 17 août 2021 et du 13 septembre 2021, ils mentionnent essentiellement la persistance d'une hyposensibilité au niveau des 4ème et 5ème doigts, un manque de force au niveau du membre supérieur droit, ainsi qu'une douleur à la face médiale du coude, sans qu'une autre proposition thérapeutique puisse être formulée. Le rapport du 17 août 2021 précise qu'un bilan neurologique réalisé en décembre 2020 confirme l'atteinte axonale persistante du nerf ulnaire à hauteur du coude, avec une tuméfaction diffuse et persistante, sans signe de compression externe. Il ajoute toutefois qu'il n'y a pas de péjoration de la symptomatologie depuis les contrôles précédents. Ces précisions ressortent également du rapport du 13 septembre 2021, dans lequel Dr E. _____ prévoit d'effectuer une IRM pour compléter le bilan. Il en résulte que les trois derniers rapports produits par le recourant ne contiennent aucun élément spécifique nouveau, faisant ressortir l'existence d'une atteinte objective et/ou de douleurs aggravées par rapport à la situation prise en considération dans le rapport d'appréciation du 19 février 2021. Par ailleurs et surtout, aucun des rapports établis par le chirurgien traitant et les médecins-assistants de la même clinique ne se prononce sur la capacité résiduelle de travail du recourant. Celui-ci ne saurait dès lors se fonder sur ces rapports pour prétendre que l'atteinte à son coude droit le rendrait incapable de travailler dans une activité adaptée telle que celle retenue de façon convaincante par le médecin d'arrondissement de la SUVA, sur la base de l'ensemble des diagnostics et limitations ressortant des rapports établis par ses médecins-traitants. 6.3.3. En réalité, il convient plutôt de constater que dans son recours comme dans ses interventions antérieures, le recourant soutient être totalement incapable de travailler en raison de l'ensemble de ses atteintes somatiques et psychiques, dans la ligne de ses demandes auprès de l'assurance- invalidité (ci-dessus partie en fait, let. C), sans faire de distinction entre l'atteinte à son coude droit et les autres problèmes de santé qui l'affectent. Il fait ainsi à tort abstraction du fait que la rente qu'il sollicite de l'assurance-accidents ne pourrait lui être octroyée que si l'atteinte à son coude droit, seule en lien de causalité avec l'accident de 2001, avait à elle seule pour conséquence de l'empêcher de travailler dans une activité adaptée.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 Or, il ressort du rapport d'appréciation du 19 février 2021 établi par Dr D. _____, basé sur l'ensemble du dossier médical, pleinement convaincant et non remis en cause par d'autres médecins, que les séquelles dont souffre le recourant à son coude droit n'entraînent pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée, sans port de charges lourdes, sans port continu et/ou répétitif de charges moyennes, sans préhension forcée avec la main, sans activités engendrant des chocs ou des vibrations notamment si elles sont continues et/ou répétitives au niveau du membre supérieur droit.

6.4. Pour le reste, le recourant ne conteste pas les modalités de calcul du revenu d'invalidité fixé à CHF 66'001.- par la SUVA en tenant compte d'une capacité de travail et de gain entière dans une activité adaptée au sens de ce qui précède. Basé sur les normes statistiques usuelles, ce calcul peut dès lors être confirmé. 6.5. Sur le vu de l'ensemble de ce qui précède, la comparaison des revenus avec et sans invalidité ne faisant ressortir aucune perte de gain, il doit être confirmé que les conditions pour l'octroi d'une rente d'invalidité ne sont pas remplies. 7. Sort du recours et frais 7.1. Mal fondé, le recours doit être rejeté et, partant, la décision sur opposition du 19 août 2021 confirmée. 7.2. Conformément au principe de

gratuité généralement applicable en la matière (voir art. 61 let. fbis LPGA, il n'est pas perçu de frais de procédure. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure. 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 3 juin 2022 /msu Le Président : Le Greffier-stagiaire :

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