

FR_GERICHTE 605 2022 189 vom 1. Juli 2023

FR Kantonsgericht, 2023-07-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2022_189

FR: FR_GERICHTE 605 2022 189 du 1 juillet 2023

IT: FR_GERICHTE 605 2022 189 del 1 luglio 2023

Regeste

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

Erwägungen

E. 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.

E. 2

Dispositions générales relatives aux prestations LAA

E. 2.1

Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA; RS 832.20]), le droit à l'indemnité journalière (art. 16 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA) et le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA).

E. 2.2

Selon l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1]) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. L'al. 2 de cette disposition précise que le droit à l'indemnité journalière 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14

E. 2.3

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). De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a un droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus

remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (arrêt TF 8C_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées).

E. 2.4

Une fois que le traitement médical d'un événement assuré a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA.

E. 3

Droit à la rente et calcul du taux 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. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). 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).

E. 3.1

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. 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 n° U 168 p. 97 consid. 3b). Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2; 114 V 310). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident.

E. 3.2

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 de valide (ou : 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 citée).

E. 3.3

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, Volume II, 2015, § 286 p. 421).

E. 3.3.1

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).

E. 3.3.2

Selon la jurisprudence, lorsque le revenu d'invalidé est évalué sur la base des données de l'Office fédéral de la statistique, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. De telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Cette déduction doit être opérée seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. A cet effet, l'administration jouit d'un large pouvoir d'appréciation et le juge ne peut s'en écarter et y substituer son appréciation sans motif pertinent (cf. arrêt TF I 724/2002 du 10 janvier 2003; ATF 126 V 75). D'autre part, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu d'invalidé, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour cette même raison (arrêt TF 8C_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4.2). Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; arrêts TF 9C_963/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.2 et I 724/2002 du 10 janvier 2003 consid. 4.2).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14

E. 4

Dispositions relatives à l'IPAI Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou

psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA). L'IPAI a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt TF 8C_459/2008 du 4 février 2009; voir également FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., 2007, no 229). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415, U 134/03, consid. 5.2; RAMA 2000 p. 41, U 360/98, consid. 1). Ce n'est qu'en cas d'affections à la colonne vertébrale que le taux de l'atteinte à l'intégrité dépend de l'intensité des douleurs ressenties par l'assuré (cf. arrêt TF 8C_389/2009 du 7 avril 2010 consid. 5.3). Il incombe par conséquent aux médecins de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit, no 235; arrêt TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009). Par ailleurs, aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b).

E. 5

Appréciation des preuves

E. 5.1

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du

moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351). Le simple fait que le médecin consulté soit 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 présomption à l'égard de l'assuré. Ainsi, une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la SUVA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la SUVA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées). Enfin, s'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui et à s'exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; RCC 1988, p. 504 consid. 2).

E. 5.2

En droit des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles (art. 108 al. 1 let. c LAA). Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3).

E. 5.3

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références citées; cf. ATF 130 III 324 s. consid. 3.2

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 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 322 consid. 5a).

E. 6

Problématique Sont litigieuses la capacité de gain résiduelle du recourant, l'évaluation du taux d'invalidité et l'estimation de l'IPAI. Aux dires de l'autorité intimée, le recourant serait en mesure de travailler dans une activité adaptée et ne subirait aucune perte de gain. De plus, l'IPAI s'élèverait à 10%. Selon l'intéressé toutefois, aucun rapport probant n'établirait la pleine capacité de travail. Le droit à une rente serait ouvert et l'IPAI aurait été sous-évaluée. Qu'en est-il ?

E. 7

Situation personnelle

E. 7.1

Le recourant est séparé et père de deux enfants nés en 2004 et en 2018 (doc. 101).

E. 7.2

Il travaille depuis 2011 en qualité d'opérateur logistique à 100% (doc. 1). Après ses opérations en 2015 et 2017, il a été en mesure de reprendre son travail à plein temps (doc. 16, 25, 30, 44, 46, 53, 90, 114). Suite à la 3e opération toutefois, il n'a pu reprendre son activité qu'à 80%.

E. 8

Accident du 3 août 2014 et évolution médicale Le 3 août 2014, le recourant est tombé dans les escaliers à son domicile, se blessant au genou gauche (déclaration de sinistre du 2 octobre 2014, doc. 1). Une probable contusion et une entorse du genou gauche ont été diagnostiqués. Dans le cadre des investigations médicales qui ont suivi, les médecins ont mis en évidence des antécédents opératoires (pour un kyste para-méniscal) et des troubles maladifs (dégénération du ménisque, patella alta avec troubles dégénératifs, signes de gonarthrose, etc.) (cf. not. doc. 2 et 3).

E. 8.1

En début d'année, le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une lésion du ménisque externe sous forme de désinsertion complète de la corne postérieure et une chondropathie fémoro-patellaire genou gauche (doc. 22).

E. 8.2

Le 3 mars 2015, il a opéré une première fois le recourant (arthroscopie du genou gauche, lissage cartilagineux, suture ménisque externe, drain).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14

E. 8.3

Le 4 mai 2015, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de l'assurance, a estimé que la lésion méniscale et l'intervention du 3 mars 2015 étaient liées à l'accident d'août 2014 (doc. 26).

E. 8.4

Le 15 septembre 2015, le traitement médical a pris fin (rapport du 18 janvier 2016, doc. 34).

E. 8.5

En été 2016 toutefois, le Dr B. _____ a indiqué que le recourant se plaignait d'une tuméfaction au genou gauche, de lâchages et de douleurs nocturnes (rapport du 23 août

2016, doc. 35). Une IRM du genou a mis en évidence une petite fissure triangulaire de la corne postérieure du ménisque externe, de petites lésions kystiques, une patella alta modérément subluxée et une chondropathie fémoro-patellaire (rapport du 8 septembre 2016, doc. 36).

E. 8.6

En été 2017, le Dr B._____ a constaté une lésion récidivante massive du ménisque externe qui s'était détaché sur quasi toute sa longueur, une lésion du ménisque interne sous forme d'adhérence de la corne antérieure qui soulevait le ménisque, une chondropathie multifocale, une synovite accompagnante et du matériel de suture libre (rapport du 13 juin 2017, doc. 43).

E. 8.7

Le 13 juin 2017, il a opéré une seconde fois le recourant (ménisectomie quasi-totale du ménisque externe, ablation des restes de suture et d'ancre, synovectomie, toilette cartilagineuse, drain).

E. 8.8

Le 19 décembre 2017, le médecin a relevé que le recourant ne parvenait que difficilement à assumer son travail qu'il avait repris à 100% et qu'il souffrait de douleurs et d'un épanchement (doc. 54).

E. 8.9

Le 1er mai 2018, il a indiqué que le traitement physiothérapeutique était terminé, mais que des douleurs persistaient (doc. 55).

E. 8.10

Le 23 juillet 2019, le Dr B._____ a diagnostiqué une gonarthrose externe débutante, le recourant se plaignant d'une persistance des douleurs au genou gauche malgré le port d'une attelle (doc. 69. Cf. ég. rapport du 25 novembre 2019, doc. 73). Le 3 septembre 2020, une IRM du genou gauche a mis en évidence une patella alta légèrement subluxée au niveau externe, une chondropathie patellaire et de la gorge de la trochlée et des remaniements dégénératifs fémoro-tibiaux externes (doc. 81).

E. 8.11

Le 14 octobre 2020, le Dr B._____ a opéré une troisième fois le recourant, implantant une prothèse unicompartimentale (PUC) externe du genou gauche (doc. 89).

E. 8.12

Le 16 mars 2021, le Dr C._____ a confirmé que l'incapacité subie était toujours en lien avec l'accident de 2014, et cela pour une durée de 6 mois après l'intervention (doc. 93). Un retour durable dans une activité debout nécessitant de longs déplacements, des déplacements en terrain accidenté, la montée et descente répétée d'escaliers, les positions accroupies et à genoux et le port de charges lourdes pouvait être compromis. S'agissant de l'IPAI, le médecin a estimé qu'il était trop tôt pour se prononcer, mais a proposé de réserver le taux de 25%.

E. 8.13

Le 16 juin 2021, le Dr B. _____ a relevé que le patient avait terminé la physiothérapie, mais qu'il rapportait encore des difficultés à se lever d'une position assise et d'un manque de musculature et de force (doc. 100).

E. 8.14

Le 13 octobre 2021, il a indiqué que le recourant se plaignait encore de persistance de douleurs après l'effort et d'une sensation d'insécurité (doc. 103). Le recourant se déplaçait avec une genouillère et faisait des auto-exercices, mais plus aucun rendez-vous médical n'était prévu. Le médecin a attesté d'une capacité de 80% jusqu'à la fin décembre 2021 et a indiqué qu'un éventuel aménagement de la place de travail était à discuter. Il persistait à long terme une diminution de la force et de la mobilité.

E. 8.15

Le 10 novembre 2021, le Dr C. _____ a proposé une IPAI de 10% (doc. 104). Il a expliqué que, selon table 5.2 des barèmes pour atteinte à l'indemnité, une arthrose fémoro-tibiale de gravité moyenne était indemnisée à un taux de 5-10%, tandis qu'une arthrose grave était évaluée à 15-30%. Il a ainsi pris une moyenne de 15% et a soustrait de ce montant un taux de 5% pour tenir compte de l'état antérieur.

E. 8.16

Le 19 novembre 2021, il s'est prononcé sur l'état de santé de l'intéressé (doc. 104). S'entretenant avec le recourant, il a retenu que celui-ci se plaignait de douleurs mécaniques de mise en route, à la mobilisation du genou en flexion, à la marche à plat ainsi que dans les escaliers et les pentes. Dites douleurs n'étaient pas présentes la nuit ou au repos, n'étaient ni insomniantes ni météo-dépendantes. Une discrète tuméfaction permanente serait visible et augmentait le soir et à l'effort, et la mobilité était légèrement diminuée en flexion. Le recourant a cependant indiqué qu'il pouvait marcher pendant 3 heures, se déplacer dans les escaliers sur 3 étages et porter des charges jusqu'à 25 kg. Il appliquait localement un gel trois fois par semaine, portait une orthèse articulée pour le travail et une genouillère pour les activités quotidiennes. Sur cette base, le médecin a estimé que la capacité actuelle à 80% était justifiée jusqu'à la fin de l'année 2021. Par la suite, le recourant pouvait retravailler à plein temps dans son activité habituelle. Si cette reprise ne devait pas être effective, une pleine capacité était exigible dans une activité sans position en porte-à-faux du membre inférieur gauche, sans position à genoux ou accroupie, sans utilisation répétée d'escaliers, sans déplacement en terrain accidenté et sans port de charges lourdes.

E. 8.17

Le 21 février 2022, GMA SA a mis un terme au paiement des indemnités journalières au 30 avril 2022, a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et a accordé une IPAI de 10% (doc. 105). Il a confirmé sa décision le 3 octobre 2022 (doc. 120).

E. 8.18

Le 29 octobre 2022, le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale, a estimé qu'une reprise d'emploi était illusoire, relevant que le Dr B. _____ attestait toujours d'une incapacité de travail de 20% (pièce 27 du bordereau de recours).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 De plus, malgré des activités déjà bien allégées par l'employeur, le recourant était toujours gêné au niveau du genou gauche qui gonflait et lâchait surtout en fin de journée. Le médecin a estimé que toutes les limitations retenues

étaient exactes, mais a soutenu qu'il en existait d'autres en lien avec le temps de travail. Le genou se fatiguait et le recourant souffrait au fil des heures, à un point tel que sa vie devenait toujours plus difficile. Des douleurs nocturnes et un inconfort global étaient majorés par rapport à une journée sans travail, le « facteur d'épuisement » du membre lésé étant d'ailleurs souvent ignoré par les experts car difficilement quantifiable.

E. 9

Discussion au sujet de la capacité de gain A la lecture de ce qui précède, il ne fait aucun doute que le recourant est en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée. Rien dans le dossier ne permet de remettre cette conclusion en question.

E. 9.1

Celle-ci a été émise par le médecin-conseil C. _____ dans son expertise du 19 novembre 2021. Ce rapport est, contrairement à ce que soutient le recourant, tout à fait pertinent. Le médecin-conseil connaît bien le dossier puisqu'il a été appelé à se prononcer à plusieurs reprises à ce sujet. Il a exposé les sources utilisées pour son rapport et s'est entretenu avec le recourant, l'interrogeant sur ses troubles et sur son quotidien. Il a procédé à différents examens et a exposé de manière claire et convaincante ses conclusions. Son évaluation de la capacité de travail est de plus tout à fait cohérente au regard des limitations qu'il a mises en évidence.

E. 9.2

Ses observations ne sont en outre pas contredites par le Dr B. _____. Celui-ci ne s'est certes pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée, mais ses constats au sujet des limitations du recourant ne diffèrent pas de celles déjà constatées par le Dr C. _____. En outre, dans la mesure où il atteste d'une capacité de travail élevée (80%) dans l'activité habituelle, on ne saurait douter que le recourant serait en mesure de travailler à plein temps dans une activité qui épargnerait davantage son genou.

E. 9.3

Cela concorde avec les différentes déclarations de l'intéressé. Celui-ci fait certes état de douleurs mécaniques (doc. 103 et 104) et présente une discrète boiterie d'épargne (doc. 104). Il est cependant encore très mobile, puisqu'il parvient depuis mai 2021 à travailler à 80% en qualité de logisticien. Selon ses propres déclarations, il est capable de marcher à plat pendant 3 heures, de monter les escaliers sur 3 étages et de porter des charges jusqu'à 25 kg. Dans ces conditions, on ne saurait soutenir que le recourant ne serait plus en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14

E. 9.4

Le Dr D. _____ soutient certes qu'une reprise d'emploi serait « illusoire » en raison des problèmes du genou, mais il ne se prononce pas sur la reprise d'un emploi adapté à l'état de santé. Son avis – qui est d'ailleurs minorisé – ne saurait ainsi être suivi, ce d'autant moins que ce médecin ne dispose pas, comme ses confrères, d'une spécialisation en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

E. 10

Discussion au sujet du taux d'invalidité Il convient à présent de définir les montants retenus à titre de revenus avec et sans invalidité afin de calculer le taux d'invalidité.

E. 10.1

Revenu d'invalide Le recourant étant en mesure d'exercer une activité adaptée, il convient de se baser sur les données salariales de l'Office fédéral des statistiques. La Table TA1 ESS 2020 mentionnant un revenu mensuel de CHF 5'261.00, c'est un revenu annuel de CHF 65'815.10 qui peut être retenu ($CHF\ 5'261.00 / 40 \times 41.7 \times 12$). L'autorité intimée semble hésiter à procéder à un abattement sur ce montant. Dans la décision du 21 février 2022, elle a appliqué une déduction de 10% sur le revenu statistique pour tenir compte des « particularités de [la] situation » (doc. 105). Dans sa décision sur opposition, elle a changé de méthode de calcul et a renoncé à l'abattement. Dans observations du 27 janvier 2023, elle a à nouveau utilisé la Table TA1 ESS 2020 et a une nouvelle fois admis une déduction de 10%, sans toutefois motiver celle-ci. Pour rappel, un abattement est effectué si l'invalide présente certains empêchements propres à sa personne, lorsqu'il existe des indices que, en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Or, dans le cas d'espèce, on peine à comprendre pourquoi un abattement devrait être appliqué. Le recourant ne bénéficie certes d'aucune formation de base, mais il dispose du brevet de cariste et travaille depuis plus de 10 ans au sein de la même entreprise. Il dispose ainsi des ressources et d'une expérience suffisantes pour surmonter ses difficultés et assumer l'exercice d'un emploi adapté sur un marché équilibré du travail. On ne saurait de plus estimer que l'âge du recourant serait un obstacle à la recherche d'un emploi. Partant, il est retenu que le salaire d'invalide s'élève à CHF 65'815.10 selon les données statistiques et qu'un abattement n'est pas justifié dans le cas d'espèce.

E. 10.2

Revenu de valide Le recourant travaille actuellement à 80% dans l'entreprise qui l'emploie depuis 2011. Sans atteinte à l'invalidité, il aurait poursuivi cette même activité à 100%.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 Le 1er janvier 2022, soit à la date à laquelle le recourant a retrouvé sa capacité de gain, le recourant aurait reçu, à 100%, un salaire brut de CHF 4'568.00 (13x), une indemnité de fonction de CHF 250.00 (12x) et une participation à la caisse-maladie de CHF 130.00 (12x). Partant, c'est au moins un revenu de CHF 63'944.00 qui doit être retenu. Le recourant estime pour sa part, dans son écriture du 7 mars 2023, qu'il conviendrait de retenir un salaire de CHF 4'637.00 (montant qu'il recevait dès mai 2022, 13x), augmenté de l'indemnité de fonction de CHF 250.00 (12x), de la participation à la caisse-maladie de CHF 130.00 (12x), de la prime annuelle brute de CHF 3'460.00 et de la gratification exceptionnelle de CHF 2'000.00. Il soutient ainsi que c'est un revenu de CHF 70'301.00 qui devrait être retenu. La question de savoir lequel des montants précités doit être privilégié peut cependant, comme il sera expliqué ci-dessous, être laissée ouverte.

E. 10.3

Calcul du taux d'invalidité En effet, au vu de ce qui précède, le recourant n'aurait dans tous les cas pas droit à une rente LAA. Même si l'on se basait sur les chiffres fournis par l'intéressé et que l'on retenait un revenu de valide de CHF 70'301.00, la perte de gain ne s'élèverait, en comparaison avec le revenu d'invalide de CHF 65'815.10, qu'à 6%. Or, ce montant est loin du seuil minimal de 10% ouvrant le droit à une rente LAA. Partant, sur ce point, le recours doit être rejeté.

E. 11

Discussion au sujet de l'IPAI L'autorité intimée a fixé l'IPAI à 10%, suivant ainsi l'appréciation de médecin-conseil. Celui-ci s'est basé sur la table 5.2 des barèmes pour atteinte à l'indemnité, et a d'abord retenu un taux de 15% correspondant à la moyenne attribuée à une arthrose fémoro-tibiale de gravité moyenne (5-10%) et une arthrose grave (15-30%), avant de soustraire un taux de 5% pour tenir compte de l'état de santé antérieur du recourant (doc. 104). Ce raisonnement ne prête pas le flanc à la critique. L'intéressé conteste certes ce taux, mais n'apporte aucun élément concret qui permettrait de le remettre en question. Il estime ainsi que l'influence de l'état antérieur a été surévaluée, mais rien n'indique que tel soit le cas. Il soutient également que le médecin-conseil n'a pas tenu compte d'une aggravation prévisible mais ne remet pas de rapport médical qui indiquerait qu'une telle aggravation soit attendue à l'avenir. Enfin, il soutient que, mathématiquement parlant, la moyenne du taux pour une arthrose moyenne (5-15%) et grave (15-30%) se situe à 16.50% et non à 15%, mais on ne saurait pour cela revoir le taux indiqué par le médecin. Ce dernier grief est ainsi également écarté.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14

E. 12

Synthèse, frais et dépens Au vu de tout ce qui précède, le recours est rejeté. La procédure étant gratuite dans la mesure où elle tend à l'octroi de prestations, il n'est pas perçu de frais de justice. Aucune indemnité de partie n'est enfin allouée au recourant qui succombe. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. IV. 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 1er juillet 2023/dhe Le Président La Greffière

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