



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01  
www.fr.ch/tc

605 2017 8

## **Arrêt du 29 juin 2018**

### **1<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

**Président:**

**Marc Boivin**

**Juges:**

**Marianne Jungo, Olivier Bleicker**

**Greffier :**

**Alexandre Vial**

#### **Parties**

**A. \_\_\_\_\_, recourant**, représenté par Me Charles Guerry, avocat  
contre

**SUVA, autorité intimée**

#### **Objet**

Assurance-accidents - rente d'invalidité, calcul du taux

Recours du 30 janvier 2017 contre la décision sur opposition du  
19 décembre 2016

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_, né en 1966, ressortissant de L. \_\_\_\_\_, marié, père de cinq enfants (nés en 1986, 1988, 1990, 1992 et 1994), a travaillé comme employé d'exploitation à 100 % auprès de la société B. \_\_\_\_\_ SA dès le 7 avril 2008. Le 30 octobre 2009, il a chuté de sa hauteur dans des escaliers, après quoi fut notamment diagnostiquée une tendinopathie « rupturée » antéro-supérieure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Le cas a été pris en charge par son assureur-accidents, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA). Le 7 juillet 2010, l'assuré a par ailleurs déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Après avoir subi une intervention orthopédique le 2 février 2010 (reconstruction essentiellement du sous-scapulaire et antérieure du sus-épineux), A. \_\_\_\_\_ a été admis à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion (du 29 juin au 3 août 2010; rapport du 30 août 2010). Il s'est ensuite rendu dans une clinique de réhabilitation à L. \_\_\_\_\_ (du 6 septembre au 14 septembre 2010). Le 23 septembre 2010, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgien traitant, a recommandé à son patient la reprise de son activité professionnelle à 50 % dès le 27 septembre, puis à 100 % dès le 11 octobre 2010.

Par projet de décision du 1<sup>er</sup> décembre 2010, puis par décision du 31 janvier 2011, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'office AI) a rejeté la demande de prestations.

Le 10 décembre 2010, A. \_\_\_\_\_ a confirmé lors d'un entretien avec un inspecteur de la CNA qu'il avait repris son travail et que son traitement médical était terminé.

B. En arrêt de travail depuis le 18 janvier 2012 (à 100 %, puis à 50 % dès le 20 janvier 2012), A. \_\_\_\_\_ a annoncé une rechute à la CNA. Puis, le 5 août 2012, il a été victime d'un accident de la circulation routière (avis du médecin d'arrondissement de la CNA du 4 septembre 2012).

Il a subi une cure de canal carpien de la main droite le 19 mars 2013, puis une arthroscopie (suivie d'une réinsertion du tendon du muscle sus-épineux et résection acromio-claviculaire droite) le 16 avril 2013, puis encore un complément d'acromioplastie à l'épaule droite le 16 juin 2015; les docteurs D. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, E. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, ont prescrit puis maintenu un arrêt de travail de 100 % dès le 19 mars 2013.

Les 3 décembre 2015 et 18 janvier 2016, le Dr E. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré ne pouvait (définitivement) plus reprendre son ancienne activité professionnelle, en raison du port de charges (de plus de 25 kilos), mais qu'il pouvait exercer une activité légère ne demandant pas d'efforts au-dessus de la ligne des épaules. Dans un avis du 29 février 2016, la Dresse G. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a diagnostiqué une déchirure de la coiffe des rotateurs (épaule droite); l'assuré pouvait exercer à 100 % une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (épargne du membre supérieur droit et de l'épaule principalement).

Après avoir obtenu le résultat d'une IRM réalisée le 3 mai 2016, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'impotence

fonctionnelle en abduction était probablement liée uniquement à la présence de douleurs et qu'il ne pouvait, par conséquent, offrir aucune solution chirurgicale (avis du 27 mai 2016).

Le 16 août 2016, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2016, mais qu'elle continuerait à prendre en charge les traitements médicaux encore nécessaires (traitement de physiothérapie en piscine) ainsi que les médicaments antalgiques concernant l'épaule droite. Elle a ensuite requis auprès de son employeur des informations complémentaires sur le salaire que l'assurée aurait probablement perçu en 2016. Puis, par décision du 14 novembre 2016, confirmée sur opposition le 19 décembre 2016, elle lui a nié le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15 %.

C. L'OAI, se fondant en cela sur l'avis du médecin de son Service médical régional (SMR) du 16 mars 2016, lui a pour sa part octroyé une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 30 juin 2016 uniquement.

D. Contre la décision sur opposition de la CNA du 19 décembre 2016, A.\_\_\_\_\_, représenté par Me Charles Guerry, avocat à Fribourg, interjette un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut en substance à l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents fondée sur un taux d'invalidité de 51 %.

Dans sa réponse du 4 avril 2017, la CNA conclut au rejet du recours.

Les 19 avril 2017 et 3 avril 2018, le recourant a encore déposé l'avis des docteurs I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecine physique et réadaptation (du 1<sup>er</sup> février 2017), et J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (du 11 janvier 2018), pour demander la reprise du versement par la CNA des indemnités journalières ainsi que de la prise en charge du traitement médical avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> novembre 2016. Subsidiairement, il a maintenu avoir droit à une rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 51 %. Il a par ailleurs remis sa liste de frais et honoraires.

Les 24 mai 2017 et 9 mai 2018, la CNA a maintenu sa conclusion en rejet du recours.

Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties.

E. Par décision séparée de ce jour, la Cour des assurances sociales a rejeté son recours formé contre la décision de l'office AI du 22 décembre 2016 (affaire 605 2017 9).

## **en droit**

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et représenté par un avocat, le recours est recevable.

2.

2.1. Selon l'art. 18 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que le droit à une rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation d'un traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) est réputé invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

2.2. En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 310 consid. 3; arrêt TF 9C\_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il découle par conséquent de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (RFJ 2009 p. 320).

Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste alors à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 et réf. cit.).

3.

Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à des prestations en espèces de l'assurance-accidents dès le 1<sup>er</sup> novembre 2016.

3.1. Le recourant reproche à la CNA d'avoir insuffisamment tenu compte de ses douleurs chroniques lors de l'examen de l'exigibilité d'une activité professionnelle adaptée; il soutient que sa capacité de travail dans une activité particulièrement légère ne dépasse pas 50 % (respectivement 100 %, avec une baisse de rendement de 50 %).

3.1.1. Il n'appartient pas à la Cour de céans de se prononcer sur l'opportunité des différentes interventions orthopédiques subies par le recourant, singulièrement de débattre de l'existence ou non d'une lésion du sus-épineux en 2013 et, donc, de la nécessité d'un point de vue médical de l'opération du 16 avril 2013 (à ce sujet, voir avis du Dr J. \_\_\_\_\_ du 11 janvier 2018 et du Dr E. \_\_\_\_\_ des 7 mai 2014 et 16 juin 2015). L'élément déterminant est que le recourant a connu une rupture (déchirure) de la coiffe des rotateurs le 30 octobre 2009, assimilable en principe à accident, et qu'il a subi plusieurs interventions orthopédiques jusqu'à ce que sa situation soit médicalement stabilisée cinq mois environ après l'intervention du 16 juin 2015 (consid. 3.1.2 ci-après; voir ég. avis du Dr H. \_\_\_\_\_ du 27 mai 2016).

Le Dr J. \_\_\_\_\_ déconseille d'ailleurs sans aucune ambiguïté une nouvelle opération ou la pose d'une prothèse (avis du 11 janvier 2018 précité). Contrairement à ce que prétend le recourant, l'avis du Dr I. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> février 2017 n'établit pour le surplus nullement la nécessité de nouvelles investigations sur le plan médical; le médecin indique uniquement – au terme d'une

consultation très brève et sans connaissance approfondie du dossier – que l'assuré pourrait bénéficier d'un programme et de traitements interdisciplinaires multimodaux de prise en charge de la douleur.

De telles recommandations, qui reposent sur un modèle biopsychosocial, ne sont pas déterminantes dans l'évaluation d'un cas d'assurance-accidents.

3.1.2. Le Dr E. \_\_\_\_\_ est ensuite le chirurgien traitant (en dernier lieu) du recourant et a suivi celui-ci depuis le 7 mai 2014. Il a régulièrement reçu l'assuré à sa consultation, en pleine connaissance de ses antécédents personnels, et exclu de manière convaincante la reprise d'une activité lourde telle que celle exercée habituellement (avis du 7 mai 2014 précité et du 20 octobre 2015).

L'ensemble des médecins traitants partage cette conclusion (voir p. ex. avis du Dr D. \_\_\_\_\_ du 18 novembre 2014 et du Dr H. \_\_\_\_\_ du 21 avril 2016).

Il y a dès lors lieu de retenir que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle d'employé d'exploitation (celle-ci nécessitant en particulier le port de charges de plus de 25 kilos).

Puis, le 20 octobre 2015, le Dr E. \_\_\_\_\_ a encouragé son patient à reprendre une activité professionnelle ne nécessitant pas d'efforts au-dessus de la ligne des épaules, ceci dès le 1<sup>er</sup> décembre 2015 (fin novembre 2015), p. ex. comme contrôleur en fin de chaîne, responsable de pièces détachées ou contrôleur de parking. Le 3 décembre 2015, le chirurgien a encore souligné à l'attention du Dr F. \_\_\_\_\_ que l'évolution postopératoire paraissait tout à fait correcte (la mobilité étant même complète «pour peu qu'on sollicite [le recourant] fermement») et maintenu qu'une activité légère était «parfaitement compatible avec la situation». Il sera rejoint sur ce point par le docteur J. \_\_\_\_\_ qui a indiqué avoir encouragé le recourant «à utiliser son bras le mieux possible et essayer de retrouver une activité professionnelle correspondant à ses limitations» (avis du 11 janvier 2018).

Dans ces circonstances, il n'y a aucune raison de douter du fait que la situation médicale du recourant était stable dès le 1<sup>er</sup> décembre 2015. En tout état de cause, la date du 1<sup>er</sup> novembre 2016 retenu par la CNA ne prête aucunement le flanc à la critique. On ajoutera encore que le fait que le sus-épineux est vraisemblablement à nouveau rompu (avis du 11 janvier 2018 précité) n'y change rien, ce d'autant moins qu'il n'est pas exclu qu'il s'agisse en réalité d'un intervalle des rotateurs couramment observé en postopératoire (voir arthro-CT de l'épaule droite du 27 octobre 2017).

Il n'y a par ailleurs pas lieu de mettre en doute les «importantes» douleurs subjectivement ressenties par le recourant lors de la mobilisation du segment cervical, en particulier lors de l'inclinaison contrariée (avis du 3 décembre 2015 précité). Cela étant, quoi qu'il en dise, ces douleurs ne reposent pas sur un déficit sensitif ou moteur (avis du 3 décembre 2015 précité).

Le médecin d'arrondissement de la CNA a en outre constaté, de manière à lier la Cour de céans, que les limitations fonctionnelles du membre supérieur étaient stables au-dessous de 90° (avis du 29 février 2016, p. 8), tandis que les examens complémentaires réalisés par le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, n'ont fourni aucun argument en faveur d'une atteinte radiculaire (avis du 18 janvier 2016).

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

charges inférieures à cinq kilos jusqu'à hauteur des hanches; pour les détails, voir avis du médecin d'arrondissement du 29 février 2016). Au regard du large éventail d'activités simples que recouvrent les secteurs de la production et des services, un certain nombre d'entre elles sont par ailleurs (très) légères, c'est-à-dire nécessitant uniquement occasionnellement le port de charges inférieures à 5 kilos (maximum théorique), et donc manifestement adaptées aux restrictions fonctionnelles présentées par le recourant. La CNA a d'ailleurs mentionné deux activités (conducteur de palan et rectificateur/tourneur) qui nécessitent uniquement de soulever des charges très légères occasionnellement voire jamais.

3.1.3. Il s'ensuit que le recourant est en mesure d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 100 % sur un plan médico-théorique dès le 1<sup>er</sup> novembre 2016, sans perte de rendement. Il a d'ailleurs demandé l'ouverture d'un délai-cadre d'indemnisation de l'assurance-chômage (courrier de la Caisse publique de chômage du 24 novembre 2016).

3.2. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide).

3.2.1. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide doit être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1). En l'occurrence, le recourant conteste les données salariales résultant des DPT car trois des activités prises en compte nécessitent de porter ou de soulever des charges de moins de cinq kilos très souvent. Dans son recours, il propose toutefois de retenir un revenu d'invalide de CHF 65'475.95, soit un revenu sensiblement supérieur à celui pris en compte par la CNA (CHF 60'954.-, sur la base des DPT), ce qui ne paraît pas aller dans le sens de ses intérêts.

Quoi qu'il en soit, selon l'ESS 2012, il aurait été en mesure de percevoir un revenu de 62'520 fr. (5'210 fr. x 12) pour des tâches physiques ou manuelles simples (ESS 2012, tableau TA 1 «skill level», valeur médiane «totale» dans les secteurs de la production et des services). Ce montant est calculé sur la base d'une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle est de 41,7 heures en 2016 (voir Office fédéral de la statistique, Statistique de la durée normale du travail dans les entreprises). Il convient de plus d'indexer ce montant selon l'indice des salaires nominaux de la branche et de procéder à un abattement de 10 % compte tenu des limitations fonctionnelles. Le revenu annuel d'invalide du recourant résultant de l'ESS se monte dès lors à CHF 60'187.- en 2016 (soit un montant très légèrement inférieur à celui pris en compte par la CNA).

Quant au revenu sans invalidité, le recourant admet expressément le montant de CHF 66'320.-.

3.2.2. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité du recourant s'élève à 9 %.

Ce taux, inférieur à 10 %, n'ouvre par le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (consid. 2.1 supra).

Il au demeurant été plutôt généreusement calculé, obtenu qu'il est sur la base, notamment, d'un revenu statistique d'invalidé sur lequel un abattement a encore été opéré.

4.

Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

Succombant, le recourant n'a pas droit à une indemnité de partie.

La procédure étant gratuite en matière d'assurance-accidents, il n'est par ailleurs pas perçu de frais de justice.

### **la Cour arrête:**

- I. Le recours est rejeté.
- II. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué une indemnité de partie.
- III. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

*Fribourg, le 29 juin 2018 /obl*

Le Président :

Le Greffier :