



**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  
tribunalcantonal@fr.ch  
www.fr.ch/tc

605 2018 25

## **Arrêt du 14 décembre 2018**

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

#### **Composition**

Président :

Marc Boivin

Juges :

Marianne Jungo, Marc Sugnaux

Greffière :

Isabelle Schuwey

#### **Parties**

**A.** \_\_\_\_\_, **recourant**, représenté par Swiss Claims Network SA

contre

**SUVA, autorité intimée**

#### **Objet**

Assurance-accidents

Recours du 29 janvier 2018 contre la décision du 20 décembre 2017

## considérant en fait

A. Le 26 octobre 1975, A. \_\_\_\_\_, né en 1959, a été victime d'un accident de ski lors duquel il a subi une rupture du ligament croisé antérieur du genou gauche.

Le 19 juillet 2014, alors qu'il travaillait comme exploitant d'une distillerie depuis 1992, il s'est tordu ce même genou en marchant dans du sable.

Le cas a été pris en charge, dès le départ, par la SUVA, qui a en particulier financé l'implantation d'une prothèse totale du genou gauche le 24 février 2015.

Incapable de poursuivre son activité précédente, A. \_\_\_\_\_ a suivi une formation de cafetier-restaurateur en 2015 et a commencé à travailler comme gérant d'un établissement à 50% dès l'été 2015.

B. Par décision sur opposition du 20 décembre 2017, la SUVA lui a octroyé une rente de 23%. Le taux d'invalidité a été calculé sur la base d'un revenu hypothétique, une activité adaptée à 80% ayant été considérée comme exigible.

Une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 20% a également été octroyée. Celle-ci a été calculée sur la base du gain maximal assuré lors de l'entrée en vigueur de la LAA au 1<sup>er</sup> janvier 1984, la SUVA ayant considéré que l'évènement du 19 juillet 2014 n'avait fait que décompenser l'état antérieur lié notamment à l'accident de ski survenu en 1975.

C. Le 29 janvier 2018, A. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de Swiss Claims Network SA, interjette recours contre cette décision. Il conclut, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% et à l'octroi d'une IPAI basée sur le gain maximal assuré en 2014. En substance, il conteste le fait que l'évènement du 19 juillet 2014 soit considéré comme une rechute de l'accident de ski de 1975. Au contraire, il s'agit d'un nouvel accident, de sorte que le gain assuré doit être fixé sur la base du revenu assuré en 2014. Par ailleurs, il critique le revenu d'invalidité retenu par la SUVA, estimant que les postes choisis ne sont pas raisonnablement exigibles. Partant, il convient de tenir compte du revenu effectivement réalisé en exerçant son activité actuelle de restaurateur à 50%, dans laquelle il s'est auto-réadapté. A l'appui de sa position, il produit un bordereau de pièces, figurant toutes au dossier de la SUVA.

Dans sa réponse du 6 mars 2018, la SUVA propose le rejet du recours. Elle confirme tout d'abord les modalités du calcul du revenu d'invalidité sur la base des DPT, dans la mesure où l'activité actuelle de restaurateur à 50% ne permet pas au recourant de mettre pleinement à contribution sa capacité de travail résiduelle. S'agissant de l'IPAI, elle confirme que les lésions actuelles doivent être considérées comme une rechute d'un ancien accident, de sorte qu'il est correct de se baser sur le gain maximal assuré lors de l'entrée en vigueur de la LAA au 1<sup>er</sup> janvier 1984, soit CHF 69'600.-.

Dans ses contre-observations du 26 avril 2018, le recourant maintient ses critiques à l'égard du calcul du taux d'invalidité, tant sous l'angle du principe d'utilisation d'un revenu hypothétique que celui du choix spécifique des DPT. Il confirme également sa position quant à l'absence de lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, entre l'atteinte actuelle et l'état du genou avant l'évènement du 19 juillet 2014.

Le 4 juin 2018, l'autorité intimée a renoncé à se déterminer sur les contre-observations déposées.

Il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que nécessaire à la solution du litige.

## 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 sur opposition attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

2.

En vertu des dispositions transitoires prévues à l'art. 118 al. 4 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance allouées pour les accidents non professionnels qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 9 octobre 1998 sont régies par l'ancien droit. Les prestations en espèces seront toutefois servies selon le nouveau droit si la prétention naît après l'entrée en vigueur de la modification du 9 octobre 1998.

3.

3.1. En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Selon l'art. 4 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou entraîne la mort.

3.2. Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose tout d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. L'exigence d'un 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b, 117 V 369 consid. 3a, 117 V 359 consid. 5a).

Savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement

possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1).

En particulier, le principe « *après l'accident, donc à cause de l'accident* » (« *post hoc, ergo propter hoc* ») ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents (ATF 119 V 341, consid. 2b/bb).

Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (arrêt TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et les références).

3.3. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience 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; 125 V 456 consid. 5a et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références).

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.

4.1. Selon la jurisprudence, 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 atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives 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. Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. 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 123 V 137 consid. 3a; 118 V 293 consid. 2c et les références).

4.2. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (arrêt TF 8C\_171/2016 du 29 avril 2016 consid. 2.2 et les références).

5.

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 LPGGA).

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).

5.1. L'art. 16 LPGGA 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 déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident.

5.2. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé.

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

5.3. En ce qui concerne le revenu d'invalidité, 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 (G. FRÉSARD-FELLAY, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, Berne 2015, § 286 p. 421).

5.3.1. 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'invalidité peut être évalué notamment sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique.

5.3.2. 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 SUVA 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'ESS (cf. 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).

6.

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).

6.1. 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 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).

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).

6.2. 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; VSI 1994 p. 220 consid. 4; comp. ATF 125 III 238 consid. 4a). 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).

7.

La rente d'invalidité s'élève à 80 % du gain assuré, en cas d'invalidité totale; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence (art. 20 al. 1 LAA).

A noter que revenu sans invalidité et gain assuré sont deux notions distinctes. Le revenu sans invalidité représente le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide; il permet de calculer le degré d'invalidité selon la méthode générale de la comparaison des revenus et, partant, de déterminer le droit ou non d'un assuré à rente d'invalidité (art. 18 al. 1 et 2 LAA).

Le gain assuré, lui, sert de base au calcul du montant proprement dit de cette rente (art. 20 al. 1 LAA), respectivement de l'indemnité journalière (art. 17 al. 1 LAA) ou de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 25 LAA).

Les deux peuvent certes coïncider, mais pas nécessairement.

Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (cf. consid. 5.2. ci-dessus).

Quant au gain assuré, il correspond, pour le calcul des rentes, au salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 2 LAA). Lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident (art. 24. al. 2 OLAA).

8.

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).

D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

9.

Est en premier lieu litigieuse la question de savoir si l'évènement du 19 juillet 2014 doit être considéré comme un nouvel accident ou comme une rechute de l'accident du 26 octobre 1975.

De cette question découle en effet la détermination du gain assuré sur la base duquel doit être calculée l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouée au recourant.

9.1. Il s'agit de revenir sur le dossier.

#### 9.1.1. *Situation initiale*

Il ressort d'un rapport de radiologie du genou gauche du 22 février 2010, réalisé en raison d'un « *épanchement du genou gauche sans traumatisme après une journée de ski* », que l'assuré présentait, déjà à cette époque, une « *gonarthrose prédominant au niveau du compartiment interne ainsi que des signes de chondrocalcinose* » (dossier SUVA, pièce 70).

Quant au genou droit, un rapport du 21 avril 2010 avait mis en évidence une « *importante gonarthrose tricompartmentale avec ostéophytose et irrégularité de la face articulaire; signes de chondrocalcinose; épanchement sus-rotulien; pas de signe d'ostéolyse* » (dossier SUVA, pièce 71).

Le 9 février 2012, un rapport relatif au genou gauche signalait des « *gonalgies antéro-externes* ». Les diagnostics de « *gonarthrose tri-compartmentale, chondrocalcinose importante, épanchement modéré, status après cure de LCA* » avaient été relevés (dossier SUVA, pièce 69).

#### 9.1.2. *Evènement du 19 juillet 2014*

Par déclaration de sinistre du 28 juillet 2014, l'assuré, en qualité d'administrateur de la distillerie B. \_\_\_\_\_ SA, a annoncé un évènement survenu le 19 juillet 2014. Selon la description de l'évènement, il a « *mis le pied dans un trou qui [l'] a déstabilisé et qui a entraîné une torsion de*



*[son] genou gauche* ». Il a ainsi déclaré une « *déchirure* » du genou gauche (dossier SUVA, pièce 1).

Le rapport de radiologie du 24 juillet 2014 a signalé toutefois des « *remaniements dégénératifs connus du genou; signes de chondrocalcinose; status après plastie du LCA* ». Aucune fracture n'a en revanche été constatée (dossier SUVA, pièce 73).

Comme on le verra, cette première intervention (plastie du LCA) avait déjà engagé la SUVA à l'époque.

Dans un rapport du 30 juillet 2014, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir reçu l'assuré le 29 juillet 2014 pour des « *douleurs aiguës sur fond chronique du genou G* ». Il a précisé qu'il s'agissait d'un « *status après plastie du ligament croisé antérieur il y a de très nombreuses années avec actuellement une évolution défavorable sous forme de troubles dégénératifs sévères tricompartimentaux visibles sur les radiographies standards qui expliquent la symptomatologie actuelle* », et que la pose d'une prothèse totale avait été proposée (dossier SUVA, pièce 6).

Lors d'un entretien avec la SUVA le 5 novembre 2014, l'assuré a confirmé les circonstances de l'évènement du 19 juillet 2014. Il a expliqué s'être rendu aux urgences le lendemain, sans avoir pu être examiné après plusieurs heures d'attente, et y être retourné le surlendemain, où des radiographies ont finalement été effectuées. Il a ensuite consulté le Dr C. \_\_\_\_\_ qui a proposé la mise en place d'une prothèse, ce que l'assuré envisageait d'accepter si l'intervention était prise en charge par la SUVA. Il a indiqué qu'il était actuellement en incapacité de travail à 50% depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014 et ce jusqu'à la date de l'intervention. S'agissant de ses antécédents, il a indiqué qu'il avait subi un accident de ski le 26 octobre 1975, alors qu'il était apprenti, suite à quoi il avait été opéré des ligaments croisés au genou gauche. Il avait également été blessé au genou droit en jouant au football en été 1979. Le 22 novembre 1980, il s'est à nouveau blessé au genou gauche en dansant et avait dû être opéré. Il a mentionné encore « *quelques autres accidents au niveau du genou gauche* », qui avaient tous été pris en charge par la SUVA (dossier SUVA, pièce 9).

Le 3 décembre 2014, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réadaptation, médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que le lien de causalité des lésions actuelles avec l'accident de 1975 était « *probable* », et que le pronostic de reprise après l'intervention envisagée était « *assez favorable* » (dossier SUVA, pièce 11).

Dans un rapport du 19 janvier 2015, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, consulté sur demande de la SUVA pour un second avis, a évoqué une « *décompensation définitive du genou droit suite à un traumatisme (...) le 19 juillet 2014* ». A son tour, il a fait remonter l'anamnèse à l'accident de ski de 1975. Il a constaté une « *gonarthrose tricompartimentale sur un genou normo-axé à G, status après multiples interventions y inclue une plastie LCA (1975), et une gonarthrose tricompartimentale en valgus grade I après rupture du LCA au genou D* ». Il a déclaré qu'il n'y avait « *pas d'autre solution que de proposer au patient l'implantation d'une PTG aux deux genoux, d'abord à G (plus symptomatique) puis à D en cas de signes de décompensation définitive* » (dossier SUVA, pièce 20).

La SUVA a confirmé à l'assuré la prise en charge de l'intervention au genou gauche en tant que rechute de l'accident du 26 octobre 1975 (dossier SUVA, pièces 12-19). Par ailleurs, la prise en

charge par la SUVA d'une intervention ultérieure du genou droit a également été confirmée, au titre de rechute d'un précédent accident concernant ce genou (dossier SUVA, pièce 22).

### 9.1.3. Opération du 24 février 2015, évolution et nouvelles interventions

La mise en place d'une prothèse totale du genou gauche a été effectuée le 24 février 2015 par le Dr E. \_\_\_\_\_, sans complications (protocole opératoire, dossier SUVA, pièce 25).

Un rapport du 13 avril 2015 relevait tout d'abord une évolution postopératoire favorable (dossier SUVA, pièce 27).

Toutefois, face à une flexion insuffisante, une nouvelle opération (« *arthrotomie supra-rotulienne; arthrolyse étendue para-rotulienne interne et externe (...); mobilisation du genou sous anesthésie* ») a été pratiquée le 16 juin 2016 par le Dr E. \_\_\_\_\_ (dossier SUVA, pièce 40).

Dans un rapport du 12 octobre 2015, le Dr E. \_\_\_\_\_ a relevé une évolution « *problématique* », en raison d'une « *enflure chronique et récidivante du genou G (...) lors de la marche au-delà de 30 min* », et a confirmé la poursuite de l'incapacité de travail totale (dossier SUVA, pièce 53).

Sur le plan professionnel, l'assuré a expliqué les 21 août et 14 octobre 2015 qu'il avait abandonné son activité de distillateur, qui n'était plus compatible avec son état de santé. Il avait en revanche obtenu la patente de cafetier-restaurateur le 8 octobre 2015 afin de transformer son établissement pour l'exploiter comme bar à vin avec son épouse et 4 collaborateurs. Il a déclaré « *être présent au bar à raison de maximum une heure, surtout comme présence à la clientèle et de petites tâches de soutien administratif* ». Il a précisé qu'il avait envisagé ce changement de voie professionnelle « *depuis quelques années, particulièrement depuis la dernière saison de cidrerie en 2013 et surtout après l'évènement de juillet 2014 (...) car l'activité de cidrerie devenait pénible avec l'état de santé de mon genou gauche* » (dossier SUVA, pièces 47 et 54).

Le 26 octobre 2015, la SUVA a ainsi considéré que l'assuré était en mesure de mettre en valeur une capacité de travail de 15%, de sorte que les indemnités journalières ont été réduites à 85% (dossier SUVA, pièce 57).

Dans un rapport du 17 décembre 2015, le Dr E. \_\_\_\_\_ a confirmé l'enflure chronique et récidivante. Il a proposé une ponction du genou gauche, prévue le 6 janvier 2016, avant de décider d'une éventuelle révision de la prothèse (dossier SUVA, pièce 77).

Le 14 janvier 2016, le Dr E. \_\_\_\_\_ a indiqué que la ponction réalisée le 6 janvier 2016 avait permis d'exclure la cause infectieuse. Il a préconisé une surélévation stricte et a confirmé l'incapacité de travail à 100% (dossier SUVA, pièce 81).

Un rapport d'imagerie du 15 janvier 2016 a mis en évidence une gonarthrose tri-compartmentale des deux genoux. Du côté droit, la gonarthrose était prédominante au niveau du compartiment fémoro-tibial externe, avec présence de calcifications des parties molles compatibles avec une chondrocalcinose, ainsi que plusieurs corps libres ossifiés compatibles avec une ostéo-chondromatose secondaire. Du côté gauche, la gonarthrose était prédominante au niveau du compartiment fémoro-tibial interne et était associée à une chondrocalcinose (dossier SUVA, pièce 63).

Le 29 février 2016, le Dr E. \_\_\_\_\_ a qualifié l'évolution post-ponction de « *favorable* » et a réduit l'incapacité de travail à 80% dès le 1<sup>er</sup> mars 2016 (dossier SUVA, pièce 90).

En accord avec l'assuré, la SUVA a toutefois retenu une capacité de travail résiduelle de 50% dès le 1<sup>er</sup> mars 2016, l'assuré ayant déclaré qu'il n'était pas limité au niveau des tâches administratives relatives à la gestion de son bar à vin, et qu'en sa qualité de chef d'entreprise, il lui était plus facile de pouvoir s'organiser (notice téléphonique du 9 mars 2016, dossier SUVA, pièce 93).

#### 9.1.4. Bouclement du cas et décision litigieuse

L'assuré a été examiné le 3 mai 2016 par la Dresse F. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA. Celle-ci a considéré que la situation concernant le genou gauche pouvait être considérée comme stabilisée, malgré le fait que l'assuré « *ne peut pas accepter que la situation reste telle quelle* » en raison de douleurs constantes au genou gauche, « *aggravées par la position debout et la marche* ». Elle a retenu une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité d'administrateur de distillerie. Dans une activité adaptée (travail principalement assis avec possibilité d'alterner les positions; éviter les marches prolongées en terrain pentu ou irrégulier; éviter la descente et les marches d'escaliers; éviter le port de charges de plus de 15 kg; éviter de pousser ou tirer des charges de plus de 15 kg; interdiction de travailler en position accroupie ou à genoux), elle a retenu une capacité de travail de 80% avec plein rendement. Elle a par ailleurs considéré que l'activité actuelle, dans un restaurant à 50%, était « *difficilement faisable* » (dossier SUVA, pièce 98).

Le même jour, ce médecin s'est également prononcée sur l'existence d'une atteinte ouvrant le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a considéré qu'il se justifiait d'accorder une telle indemnité à un taux de 20%, basé sur la table 5 des barèmes d'indemnisation, correspondant à une « *gonarthrose tricompartimentale décompensée du genou G* » (dossier SUVA, pièce 103).

Le 14 juillet 2016, l'assuré a consulté le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a mentionné un status « *post-4 plasties du LCA genou gauche suite à un traumatisme de 1970; post-implantation de prothèse totale du genou gauche du 24.02.2015; post-arthrolyse par voie ouverte genou gauche le 08.07.2015; post-arthroscopie genou gauche le 06.01.2016* ». Compte tenu du contexte (« *genou multi-opéré chez un patient jeune* »), représentant des facteurs de « *plutôt mauvais pronostics en terme de survie et satisfaction d'une prothèse totale de genou* », il a affirmé qu'il n'existait pas d'élément clair pour expliquer la symptomatologie et a déconseillé une nouvelle opération. Il ne s'est en revanche pas prononcé sur la capacité de travail (dossier SUVA, pièce 115).

Le 17 août 2016, l'assuré a également consulté le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, successeur du Dr E. \_\_\_\_\_, qui a considéré qu'aucune amélioration ne pouvait être attendue prochainement au niveau du genou gauche et a confirmé le bien-fondé de l'incapacité de travail à 50%. Il a en revanche proposé l'implantation d'une prothèse totale du genou droit, à pratiquer ultérieurement, lorsque l'assuré le souhaitera (dossier SUVA, pièce 113).

Dans ses rapports des 1<sup>er</sup> et 20 décembre 2016, ce spécialiste a confirmé la persistance de douleurs invalidantes empêchant la reprise de l'activité professionnelle au-delà de 50%, en indiquant que l'activité de tenancier de bar « *à 50% pouvait être tenue tant bien que mal* ». Il a encore adressé l'assuré au Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour nouvel avis médical (dossier SUVA, pièces 128 et 131).

Ce dernier, dans un rapport du 26 janvier 2017, a déconseillé toute nouvelle intervention chirurgicale du genou gauche, considérant qu'une opération ne permettrait certainement pas d'améliorer la situation. Il ne s'est en revanche pas prononcé sur la capacité résiduelle de travail, se limitant à indiquer que « *les douleurs apparaissent après une heure de travail debout* » (dossier SUVA, pièce 135).

Sur la base de ces derniers éléments, la Dresse F. \_\_\_\_\_ a confirmé ses conclusions du 3 mai 2016 (appréciation du 8 mars 2017, dossier SUVA, pièce 136).

Dans l'intervalle, l'assuré n'ayant pas souhaité bénéficier de mesures de réadaptation, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI) avait estimé, par décision du 30 novembre 2016, qu'aucune mesure d'ordre professionnel n'entrait en ligne de compte (dossier OAI, pièce 127).

Dans ce contexte, la SUVA a informé l'assuré par courrier du 16 mars 2017 qu'elle considérait le cas comme terminé et qu'elle mettrait un terme au versement de l'indemnité journalière au 31 mai 2017 (dossier SUVA, pièce 137).

Par décision du 29 mai 2017, elle a fixé le taux d'invalidité à 23% en comparant le gain présumé de CHF 65'387.60 à un revenu hypothétique de CHF 50'565.45 correspondant au revenu d'une activité exigible à 80%, déterminé au moyen des DPT. Par ailleurs, elle a fixé à 20% le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), calculé sur la base du montant maximal du gain assuré en vigueur au jour de l'accident, soit CHF 69'600.-.

L'assuré a formé opposition contre cette décision le 9 juin 2017 (dossier SUVA, pièce 157), complétée le 27 septembre 2017 par l'intermédiaire de son mandataire actuel. Invoquant en substance les mêmes motifs que dans le cadre du présent recours, il a conclu à l'octroi d'une IPAI de CHF 25'200.-, fondée sur le gain maximal assuré en 2014, ainsi que d'une rente d'invalidité de CHF 1'940.-, correspondant à un taux d'invalidité de 45% (dossier SUVA, pièce 175).

Le 20 décembre 2017, la SUVA a rejeté l'opposition et a confirmé sa décision.

Dans son recours du 29 janvier 2018, l'assuré a formulé les mêmes conclusions s'agissant de l'IPAI, sans contester le taux de celle-ci de 20%. S'agissant de la rente, il a conclu à l'octroi d'une rente de 50%.

9.2. Sur la question de savoir si les atteintes du recourant peuvent être qualifiées de rechute de l'accident de 1975, ou si elles résultent exclusivement de l'évènement du 19 juillet 2014, la Cour de céans retient ce qui suit.

À l'examen du rapport de radiologie du 24 juillet 2014, l'on constate tout d'abord que l'évènement du 19 juillet 2014 n'a entraîné aucune fracture. Les lésions alors constatées sont au contraire de nature manifestement dégénérative et liées au status « *post-plastie du LCA* ».

De telles lésions étaient d'ailleurs déjà visibles sur les radiographies datant de 2010 et 2012, soit avant cet évènement.

D'ailleurs, la Cour relève à cet égard que, contrairement à ce que prétend le recourant, son genou gauche n'était pas « *asymptomatique et stable depuis de nombreuses années* », puisque les rapports de 2010 et 2012 font état, pour l'un, d'un « *épanchement sans traumatisme* » et, pour l'autre, de « *gonalgies antéro-externes* ».

En outre, l'intégralité des rapports médicaux figurant au dossier font remonter l'anamnèse du genou gauche à la rupture du LCA subie le 26 octobre 1975, ce qui confirme encore l'influence prépondérante de ce premier accident.

On peut ainsi en déduire que la simple torsion subie le 19 juillet 2014, à elle seule, n'aurait très probablement pas nécessité la pose d'une prothèse totale du genou, mais que c'est au contraire en raison de la présence de « *gonarthrose tri-compartmentale* » et de « *chondrocalcinose importante* » (signalées notamment le 9 février 2012), que cet événement, somme toute banal, a eu un effet de « *décompensation définitive* ».

Qui plus est, l'évolution défavorable après l'opération du 24 février 2015 paraît également liée à cet état antérieur. Ainsi, le Dr G. \_\_\_\_\_ a expressément déclaré que l'état antérieur du genou représentait un facteur négatif quant aux chances de succès de l'implantation d'une prothèse totale (rapport du 14 juillet 2016, dossier SUVA, pièce 115).

C'est ainsi l'ensemble du dossier qui permet de retenir que c'est bien l'état antérieur du genou gauche, découlant principalement de l'accident de 1975, qui a provoqué la « *décompensation définitive* », laquelle a ensuite nécessité la pose d'une prothèse totale, les interventions ultérieures ainsi que la diminution de la capacité de travail qui en découle.

Le fait que le genou droit, également victime d'une rupture du LCA il y a de nombreuses années, soit également atteint par des lésions dégénératives similaires, permet encore de confirmer ce point de vue.

Au demeurant, force est de constater qu'aucun avis médical ne vient soutenir la thèse du recourant selon laquelle l'évènement du 19 juillet 2014 représenterait un évènement isolé, exclusivement responsable des interventions subies depuis.

Partant, c'est à bon droit que la SUVA a considéré que les atteintes actuelles du recourant représentaient un cas de rechute de l'accident de ski survenu le 19 octobre 1975.

9.3. En application de l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité doit dès lors être calculée sur la base du gain annuel assuré à l'époque de l'accident, soit, en l'espèce, en 1975.

Dans ces conditions, c'est à juste titre que la SUVA a pris en considération le gain maximal assuré lors de l'entrée en vigueur de la LAA au 1<sup>er</sup> janvier 1984, soit CHF 69'600.-.

Quant au taux de l'indemnité, de 20%, il n'est pas remis en cause par le recourant et peut ainsi sans autre être confirmé, dès lors que rien ne permet de penser qu'il a été mal apprécié.

L'octroi d'une IPAI d'un montant de CHF 13'920.-, à savoir 20% du montant précité, ne prête par conséquent pas le flanc à la critique.

10.

Est également litigieux le taux d'invalidité, fixé à 23% par l'autorité intimée, sur la base d'un revenu d'invalidé hypothétique correspondant à une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée.

La SUVA a en effet retenu que dans son activité effective de cafetier-restaurateur à 50%, le recourant ne mettait pas pleinement à profit sa capacité de travail résiduelle.

Quant à ce dernier, il estime que le taux d'invalidité doit être arrêté à 50%. Il conteste la validité de l'exigence d'une capacité de travail de 80% dans un métier adapté à sa situation, « *au vu de l'importance des limitations* ». A cet égard, il souligne que son âge et son expérience professionnelle limitée au commerce de boissons et à la distillerie-cidrierie rendent utopique toute reconversion professionnelle dans un nouveau métier respectant les limitations fonctionnelles retenues par le médecin d'arrondissement de la SUVA.

10.1. La capacité de travail résiduelle du recourant a fait l'objet d'une analyse détaillée de la part de la Dresse F. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 3 mai 2016, qui a ensuite maintenu ses conclusions le 8 mars 2017. Ce rapport se fonde sur les éléments médicaux concernant le genou gauche à partir de 2010, en particulier sur les différents rapports des nombreux spécialistes en chirurgie orthopédique consultés. Il prend en considération les déclarations de l'assuré, ses plaintes, les rapports d'imagerie et les résultats des examens cliniques effectués lors de la consultation, et les diagnostics posés s'accordent totalement avec les autres éléments du dossier médical. Sur la base de ces constatations, les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues : « *travail principalement assis avec possibilité d'alterner les positions debout et assise; éviter les marches prolongées en terrain pentu, en terrain irrégulier; éviter la descente ainsi que les marches d'escaliers, éviter le port de charges de plus de 15 kg, éviter de pousser ou de tirer des charges de plus de 15 kg; interdiction de travailler en position accroupie ou à genoux* ». Compte tenu de ces limitations, la Dresse F. \_\_\_\_\_ a estimé que le travail dans l'activité de distillerie n'était plus exigible en raison du port de lourdes charges. Elle a également considéré que l'activité actuelle dans un bar était « *difficilement faisable vu qu'il doit rester debout et porter des poids chez les clients* ». En revanche, dans une activité respectant ces limitations, une capacité de travail de 80% avec un rendement de 100% a été retenue.

Le Dr E. \_\_\_\_\_, chirurgien traitant jusqu'au printemps 2016, avait pour sa part attesté d'une incapacité de travail totale jusqu'au 29 février 2016, réduite à 80% dès le 1<sup>er</sup> mars 2016. Ce taux de 80%, en accord avec l'assuré, n'avait toutefois jamais été pris en considération, une incapacité de 50% ayant été définie en accord entre les parties le 9 mars 2016 (cf. consid. 9.1.3. ci-dessus, notice téléphonique du 9 mars 2016, dossier SUVA, pièce 93).

Son successeur, le Dr H. \_\_\_\_\_, a ensuite confirmé cette capacité de travail de 50% dans un rapport du 17 août 2016 (« *il travaille actuellement à environ 50% en tant que tenancier d'un bar* » (...)) « *comme l'évolution n'est pas optimale, il ne peut pas encore actuellement travailler à 100% et un taux à 50% me paraît justifié* », puis dans ses rapports ultérieurs des 1<sup>er</sup> et 20 décembre 2016, sans autre explication.

Ce faisant, le Dr H. \_\_\_\_\_ n'a fait que confirmer le taux d'incapacité de travail déterminé d'entente entre l'assuré et la SUVA. Il ne s'est en revanche pas formellement prononcé sur la question de l'adéquation de l'activité de tenancier de bar – même si sa formulation selon laquelle cette activité « *pouvait être tenue tant bien que mal* » sous-entend qu'elle n'est pas optimale – et n'a pas non plus examiné la possibilité d'une capacité supérieure dans un travail plus adapté.

Les autres spécialistes consultés, les Dr G. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_, ne se sont quant à eux pas prononcés sur la capacité de travail.

Ainsi, on constate que seule la Dresse F. \_\_\_\_\_ a analysé de manière spécifique la question de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, de sorte qu'il convient de valider ses

conclusions et de confirmer l'existence d'une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité adaptée.

Au demeurant, au vu des limitations fonctionnelles retenues – qui ne sont d'ailleurs pas contestées par le recourant – et des nombreux rapports médicaux attestant du fait que les douleurs sont aggravées par la position debout et par la marche, il semble manifeste qu'une activité adaptée, principalement assise, avec possibilité d'alterner les positions, permette une capacité de travail supérieure au taux de 50% que le recourant reconnaît lui-même dans son activité de tenancier de bar, majoritairement debout.

L'autorité intimée était dès lors en droit de considérer que l'activité de tenancier de bar à 50% ne permet pas à ce dernier de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle et, compte tenu du devoir incombant à tout assuré de réduire son dommage, de se fonder sur un revenu hypothétique.

10.2. Il reste donc à examiner si, compte tenu de l'exigibilité médicale qui vient d'être confirmée, le taux d'invalidité a été calculé de manière conforme au droit.

D'emblée, on précisera que selon la jurisprudence, il n'y a pas de priorité entre la méthode des DPT, utilisée par la SUVA en l'espèce, et celle se fondant sur l'ESS, chacune étant également acceptable (cf. ATF 129 V 472, consid. 4.2.1).

En l'espèce, la SUVA a sélectionné 5 DPT – sur les 25 DPT entrant en considération – jugées compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant. Les salaires minimaux et maximaux de chaque poste ont été indiqués. En outre, les feuilles d'enregistrement des 5 DPT sélectionnées mentionnent de manière détaillée les exigences et les conditions salariales de chaque activité (dossier SUVA, pièce 148).

Le fait de retenir la moyenne des salaires moyens des 5 DPT sélectionnées, et non pas des 25 entrant en considération, est en outre conforme à la jurisprudence, quoi qu'en dise ou pense le recourant.

Les conditions formelles posées par la jurisprudence en matière de détermination du revenu d'invalidité ont ainsi été respectées.

10.3. Quant au choix des DPT, il ne prête pas non plus le flanc à la critique.

S'agissant tout d'abord de la distance entre ces différents postes de travail et le domicile du recourant, on rappellera que selon la jurisprudence, une activité qui est raisonnablement exigible selon les critères de l'assurance-chômage l'est également dans les domaines de l'assurance-accidents et de l'assurance-invalidité (arrêt TF U 228/2001 du 28 mai 2002 consid. 4b). Un emploi est réputé convenable au sens de la loi sur l'assurance-chômage si la durée quotidienne de déplacement ne dépasse pas quatre heures (RUBIN, Commentaire de la loi sur l'assurance-chômage, 2014, n°40 ad. art. 16 LACI). Dans le cas particulier, la distance entre le domicile de l'assuré et les différents lieux de travail des différents DPT retenus n'est pas telle qu'elle impliquerait un déplacement de plus de deux heures pour l'aller et de plus de deux heures pour le retour, si bien que sur ce point, les postes sélectionnés doivent être considérés comme convenables.

Par ailleurs, les descriptions des DPT retenues paraissent parfaitement adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant : aucun des postes n'implique de marche prolongée ou le port de charges de plus de 5kg, ni la position accroupie ou à genoux. Un seul nécessite la montée de marches, et ce, « *rarement* » seulement. Tous les postes prévoient par ailleurs la possibilité de choisir librement de travailler en position assise ou debout.

Partant, les DPT retenues sont dans l'ensemble en adéquation avec les limitations objectives constatées et correspondent à l'exigibilité médicale qui vient d'être confirmée.

Enfin, le recourant suggère que devraient être prises en compte les possibilités effectives pour lui de retrouver un emploi, au vu non seulement de ses limitations fonctionnelles mais aussi de son âge et de son absence d'expérience professionnelle dans les métiers concernés. Il ne saurait, là encore, être suivi, l'assurance-accidents n'ayant pas vocation à indemniser l'échec d'une réadaptation professionnelle, laquelle ne fait pas partie du catalogue des prestations mentionnées dans la LAA.

Au demeurant, conformément à la jurisprudence susmentionnée (consid. 5.3.2), le recours à la méthode des DPT exclut d'emblée toute réduction de salaire supplémentaire.

Quant à savoir si la SUVA devrait plutôt prêter pour combler le manque à gagner subi par le recourant suite à son auto-réadaptation comme cafetier-restaurateur à 50%, ce dernier grief soulevé par lui doit également être rejeté, dans la mesure où, comme on vient de le dire (cf. consid. 10.1), cette dernière activité paraît peu, sinon pas du tout adaptée au regard des atteintes dont a à répondre la SUVA.

L'on doit ainsi confirmer le recours à une méthode (DPT), cautionnée par la jurisprudence, ainsi que l'application de dite méthode au cas d'espèce du recourant, compte tenu des limitations objectivement retenues.

10.4. Il découle de tout ce qui précède que, dans l'ensemble, la SUVA n'a pas méconnu le droit au moment de sélectionner les DPT qui lui ont en fin de compte permis de fixer le taux d'invalidité du recourant.

La prise en considération d'un revenu d'invalidé hypothétique de CHF 50'565.45 (CHF 63'206.80 x 80%) est ainsi confirmée.

Après comparaison de ce montant avec le revenu sans invalidité, qui n'est pas remis en cause, de CHF 65'387.60, le taux d'invalidité de 22.66%, arrondi à 23%, s'avère ainsi justifié.

11.

Au vu de ce qui précède, le recours est intégralement rejeté et la décision querellée confirmée.

En application du principe de la gratuité prévalant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice.

Il n'est pas non plus alloué d'indemnité de partie.



**la Cour arrête :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- III. Il n'est alloué aucune 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 14 décembre 2018/isc

Le Président :

La Greffière :