



**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 2012 321

Arrêt du 13 novembre 2014

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Présidente: Anne-Sophie Peyraud
Juges: Josef Hayoz, Erika Schnyder
Greffier-stagiaire: Leonardo Roux

Parties

A. _____, recourant, représenté d'abord par Me Catherine Python Werro, avocate, et en dernier lieu par Me Daniel Känel, avocat

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, autorité intimée, représentée par Me Pierre-Henri Gapany, avocat

Objet

Assurance-accidents

Recours du 7 septembre 2012 contre la décision sur opposition du 23 juillet 2012

considérant en fait

A. A. _____, né en 1973, de nationalité portugaise, divorcé, au bénéfice d'un permis C, domicilié à B. _____, a été victime d'un accident de travail, le 3 octobre 2007, alors qu'il travaillait comme monteur de structures métalliques pour l'entreprise C. _____ SA. Cet accident, résultant de la chute du pont d'un camion d'une hauteur d'environ un mètre et demi, lui a causé une luxation de la hanche gauche avec fracture de la cotyle en plusieurs morceaux. Son cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA), à Lucerne, auprès de laquelle il était assuré, par le biais de son employeur, contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles. La CNA a versé les prestations légales. Suite à l'opération de la hanche gauche, il a développé un syndrome de loges sur le décubitus latéral droit qui a nécessité une fasciotomie antérieure et latérale.

L'assuré a bénéficié d'un séjour de réadaptation auprès de la Clinique D. _____ (ci-après : la clinique) du 23 octobre 2007 au 30 janvier 2008, au cours duquel il a été constaté une bursite des deux épaules préexistante à l'accident qui s'est péjorée depuis et qui a nécessité une infiltration sous-acromiale. Au terme du séjour, l'assuré a récupéré une certaine autonomie, mais l'incapacité de travail est restée totale. Le 1^{er} avril 2008, il a repris le travail à 25%, auprès de l'entreprise E. _____, assigné à des travaux adaptés. Son médecin spécialiste traitant, le Prof. Dr F. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-chef de la clinique de chirurgie orthopédique (ci-après : la clinique de chirurgie) a estimé, le 22 avril 2008, que sa capacité de travail pourrait être augmentée à 50% dans un proche avenir. Le 25 juin 2008, le médecin d'arrondissement de la CNA a préconisé le maintien de cette capacité de travail à 25% en attendant une réévaluation par le Prof. Dr F. _____. En date du 29 octobre 2008, ce dernier a indiqué que l'assuré pouvait travailler à 50% dès le 1^{er} novembre 2008 et ensuite à 75% dès le 1^{er} janvier 2009. Le 1^{er} novembre 2008, l'assuré a repris son activité professionnelle à plein temps, avec un rendement à 50%. Le 4 février 2009, le Prof. Dr F. _____ a confirmé l'impossibilité d'augmenter le rendement dans cette activité.

En parallèle à la procédure en matière d'assurance-accidents, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : OAI), à Givisiez, le 27 juin 2008. L'OAI n'a pas mis en œuvre de mesures de réadaptation. Toutefois, le 11 décembre 2008, sur préavis du Service médical régional de Berne, Fribourg, Soleure (ci-après : SMR), il a décidé d'une mesure d'aide au placement, destinée à lui permettre d'exercer une activité lucrative adaptée, laquelle ne devrait pas nécessiter de formation complémentaire, considérant que le rendement maximal dans son activité actuelle est limité à 50%. Il lui a en outre refusé le droit à une rente par décision du 21 septembre 2009, décision confirmée par le Tribunal cantonal dans son arrêt du 30 octobre 2012 (affaire 605 2009 361).

L'assuré a été licencié de son emploi avec effet au 31 mai 2009, après des tentatives de reprise du travail à 100%, son rendement ne dépassant pas 50%. Dans son rapport du 5 mars 2009, le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr G. _____, a considéré que l'activité de monteur de constructions métalliques n'est pas exigible de sa part ; en revanche, dans une autre activité de type industriel, sur sol plat, sans port de charges lourdes et avec une sollicitation alternée, un horaire de travail normal avec un rendement à 100% a été estimé exigible de la part de l'assuré.

La CNA a cessé le versement des indemnités journalières au 31 mai 2009, admettant que l'assuré était en mesure d'effectuer un travail adapté à son handicap à partir du 1^{er} juin 2009, et a décidé de l'octroi, le 10 juin 2009, d'une rente d'invalidité de 12% avec effet au 1^{er} juin 2009, ainsi qu'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité de 30%. L'assuré a contesté cette décision en concluant à

l'octroi d'une rente d'invalidité de 56%, se fondant sur l'expertise du 22 septembre 2009, du Dr H. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Selon cette expertise, l'estimation de la pleine capacité de travail avec un rendement de 100% est en contradiction avec les possibilités physiques de l'assuré, même s'il s'agit d'un travail adapté et allégé, sa capacité de travail devant être fixée au plus à 50%. En revanche, le taux de 30% retenu pour l'atteinte à l'intégrité est considéré comme correct en l'état, mais pourrait augmenter si l'évolution de la hanche gauche devait s'aggraver par le développement d'une arthrose.

Dans sa décision sur opposition du 22 janvier 2010, la CNA a rejeté les conclusions de l'expertise H. _____ et a confirmé sa décision initiale.

B. Cette décision a fait l'objet d'un recours (dossier 605 2010 56) auprès du Tribunal de céans. Suite aux contre-observations du recourant, la CNA a transmis le cas à nouveau à sa division « Médecine des assurances », laquelle a reconnu qu'un complément d'expertise était nécessaire. A la suite de quoi la CNA, se fondant sur le rapport établi par dite division, a proposé l'admission du recours et a annulé ses décisions du 10 juin 2009 et du 22 janvier 2010. Elle a procédé à de nouveaux examens médicaux, notamment auprès du Prof. Dr F. _____. Le 1^{er} avril 2011, l'assuré a effectué un stage auprès de l'entreprise I. _____, en tant qu'ouvrier au sein du secteur recycling. Il s'agissait d'une activité adaptée à son handicap, non considérée comme physique et ne nécessitant pas le port de charges de plus de cinq kilos. Durant ce stage, il a été en incapacité de travail à 100% du 10 au 22 mai 2011 et à 50% dès le 23 mai 2011, attestées médicalement. Dans une appréciation médicale du 25 mai 2011, le Dr J. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a estimé que l'assuré était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée, sans perte de rendement.

Fort de cette appréciation, la CNA a maintenu, par décision du 17 janvier 2012, les mêmes taux d'invalidité que ceux fixés dans sa décision du 10 juin 2009. Elle a refusé d'allouer des indemnités journalières pour l'incapacité de travail au motif que, selon elle, l'activité exercée auprès de I. _____ ne constituait aucunement une activité adaptée au handicap du recourant pour lequel une mesure de réadaptation se justifiait. Elle a confirmé cette décision, en date du 23 juillet 2012, par rejet de l'opposition déposée par l'assuré le 15 février 2012.

C. Contre cette décision sur opposition, A. _____, représenté d'abord par Me Catherine Python Werro, avocate, puis en dernier lieu par Me Daniel Känel, avocat, interjette recours auprès du Tribunal cantonal, en date du 7 septembre 2012. Il conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité fondée sur un taux de 56%, ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité fixée sur la base d'un taux de 40%. Il conclut également au versement d'indemnités journalières pour incapacité de travail à 100% du 10 au 22 mai 2011 et pour incapacité de travail à 50% dès le 23 mai 2011.

Dans ses observations du 29 janvier 2013, la CNA, représentée par Me Pierre-Henri Gapany, avocat à Fribourg, expose que l'expertise médicale du Dr J. _____ sur laquelle elle s'est fondée pour apprécier son taux d'invalidité ne prête pas flanc à la critique, alors qu'il convient d'appliquer à celle du Prof. Dr F. _____ la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux médecins traitants et à la valeur probante de leurs rapports. Elle rejette les conclusions du recourant tendant à augmenter le taux de l'atteinte à l'intégrité estimant que, dans son estimation, le Dr J. _____ a tenu compte des complications à long terme. Elle refuse de lui verser des indemnités journalières au motif qu'il a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2009 et que cela implique la cessation du versement de l'indemnité journalière en application de l'art. 19 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20).

Le recourant a formulé des contre-observations le 22 avril 2013. Il conteste la décision prise sur la base du seul avis du médecin CNA en contradiction avec les avis des autres médecins et en considérant que l'instruction a été bâclée, notamment en relation avec le refus de verser des indemnités journalières.

La CNA a renoncé à s'exprimer à cet égard.

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné.

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 cela soit utile 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 attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

2. a) En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, 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 des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou entraîne la mort.

Aux termes de l'art. 18 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

D'après l'art. 19 al. 1 LAA, 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 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.

b) En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 16 LPGA, 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.

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, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (Tribunal fédéral, arrêt non publié 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Il appartient aux médecins de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les arrêts cités).

c) Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'investigations approfondies et complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 257 consid. 1c et les références).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157; RAMA 1996 p. 217 et les références).

Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une présomption à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité de son appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères en ce qui concerne l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). Quant aux rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 125 V 351 consid. 3 b/cc et les références).

Enfin, selon la jurisprudence fédérale récente, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux n'ont plus par principe le libre choix d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer la cause à l'office AI ou à l'assureur-accidents pour instruction complémentaire. Ils doivent désormais, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'OAI ou de l'assureur-accidents, lorsqu'ils estiment qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'alors non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4, 138 V 318).

3. Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si la CNA a correctement déterminé le taux de la capacité de travail de l'assuré sur la seule base du rapport médical de ses médecins en écartant les appréciations médicales des autres médecins qui ont examiné l'assuré.

Il convient de se référer à cet effet au dossier médical.

a) Le 21 novembre 2007, soit six semaines après l'opération, le Prof. Dr F. _____, médecin spécialiste traitant, a examiné le patient mais ne s'est pas prononcé quant à l'évolution de sa capacité de travail, se contentant de préconiser le traitement à suivre. Il en a fait de même le 9 janvier 2008, soit trois mois après l'opération. Le 27 février 2008, la Clinique D. _____, dans son rapport de sortie, a fait état d'une situation non encore stabilisée et d'une pleine incapacité de travail. Le 23 avril 2008, le Prof. Dr F. _____ a mentionné une reprise de travail dès le 1^{er} avril 2008 à 25%, un « *bon résultat à 7 mois post-traumatisme de la hanche gauche* » qui devrait

permettre une reprise du travail à 50%, tout en spécifiant qu'une « *réévaluation par la [CNA] et une réadaptation au travail sont indiquées* ».

Le 25 juin 2008, le Dr G._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a conclu que : « *La mobilité de cette articulation est encore limitée et il persiste une amyotrophie du quadriceps. L'incapacité de travail partielle est justifiée (...)* ».

Le 29 octobre 2008, le Prof. Dr F._____ s'est prononcé sur la situation en ces termes : « *Sur le plan médical, je n'ai plus rien à proposer vu le bon résultat objectif. La douleur ne peut s'expliquer par un problème arthrogène. A mon avis, elle est plutôt à mettre sur le compte d'une contracture musculaire. Je propose que le patient fasse tous les efforts pour reprendre le travail, soit reprise à 50% à partir du 01.11.2008, puis à partir du 01.01.2009, reprise à 75%. Le patient sera revu en février pour réévaluation de la situation. Si le patient ne devait pas pouvoir augmenter son taux de travail, il faudrait réfléchir à une réintégration professionnelle* ».

Dans un rapport du 9 décembre 2008, prenant en considération l'ensemble des pièces médicales existantes jusqu'alors, le Dr K._____, du SMR, s'est prononcé en faveur d'une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, pour une activité légère adaptée permettant notamment l'alternance des positions et excluant le port de lourdes charges : « *l'assuré a une affection qui limite nettement les travaux de charge et une capacité de travail résiduelle dans l'activité de manoeuvre de chantiers ou de montage dans l'industrie métallurgique est certainement limitée à un temps de travail plein avec un rendement de 50% [sic]. Dans une activité adaptée légère, sédentaire, essentiellement en position assise avec possibilité de changer de position et sans port de charges lourdes, il n'y a pas de contre-indication à ce que le rendement soit complet sur le plein temps* ». Cette analyse est confirmée dans un nouveau rapport de sa part du 8 mars 2010.

Si l'exigibilité d'une activité exercée à plein temps mais uniquement pour un travail sans charges et avec un rendement diminué sur toute la journée est confirmée par le Prof. Dr F._____ qui a revu son patient dans l'intervalle, ce dernier doute toutefois qu'il puisse augmenter son taux d'activité et est d'avis qu'une diminution de rendement est à prendre en considération. Il a toutefois relativisé ultérieurement sa prise de position, précisant qu'elle était basée essentiellement sur les dires du recourant. Son avis est dès lors à prendre avec les réserves qui s'imposent.

En revanche, dans son appréciation du 25 février 2009, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie, au terme d'un examen complet abouti, prenant notamment en considération les plaintes de l'assuré, a, quant à lui, retenu une limitation fonctionnelle de la hanche gauche. Le 5 mars 2009, ce médecin a conclu : « *L'activité d'un monteur de constructions métalliques n'est pas exigible. Dans une autre activité de type industriel, sur sol plat, sans port de charges lourdes et avec une sollicitation alternée, il est exigible un horaire de travail normal avec un rendement de 100%* », confirmant ainsi dans ses conclusions claires et motivées l'estimation faite par son confrère K._____ en ce sens qu'une activité adaptée peut être exercée à plein temps, sans diminution de rendement, moyennant les limitations fonctionnelles décrites.

Il n'est ainsi pas contesté que le recourant ne peut plus exercer son activité antérieure. En revanche, une activité adaptée doit être possible à 100% et sans perte de rendement, selon les médecins CNA et du SMR. Le Prof. Dr F._____, quant à lui, rejoint cette appréciation, avec la nuance qu'il estime le rendement diminué.

Le 24 septembre 2009, le Dr H._____ a examiné l'assuré à sa demande et a déposé un rapport d'expertise. Il est arrivé à la conclusion, à l'instar du Prof. Dr F._____, que « *l'évolution au niveau de la hanche gauche est bonne, la consolidation osseuse acquise* ». Il a retenu cependant une limitation : « *Néanmoins, cliniquement, il existe une limitation significative de la*

mobilité articulaire de la hanche. L'examen clinique fait suspecter la présence d'un conflit du muscle psoas iliaque avec le matériel d'ostéosynthèse. (...) L'état de la tête fémorale gauche fait suspecter la présence de modifications sous forme de kystes et d'une zone de condensation. Ces images peuvent traduire des modifications arthrosiques ou une ostéonécrose débutante ». Considérant la capacité de travail de l'assuré, le médecin a conclu que même dans une activité légère et adaptée, l'estimation à 100% est « *surévaluée, car [l'assuré] ne peut pas supporter la position debout ou assise plus d'une heure trente d'affilée* ». Il a également considéré que le port de charges est limité à une dizaine de kilos. Il a alors évalué la capacité de travail de l'assuré, dans une activité adaptée et sans port de charges lourdes à 50%.

Dans son rapport du 26 juillet 2010, le Dr J. _____ a exposé que le traumatisme subi par le recourant « *correspond à une lésion grave de son articulation coxo-fémorale gauche* ». Selon lui, ces lésions « *ont un pronostic à long terme réservé, même lorsque le traitement est exécuté selon les règles de l'art, comme cela a été le cas pour [l'assuré]* ». Il a ajouté cependant que, depuis les premiers examens, se basant sur les constatations du Dr H. _____, la situation a évolué, faisant suspecter une complication en cours qui pourrait expliquer la discrépance entre les évaluations des Drs G. _____ et H. _____. Il a donc préconisé un nouvel examen chez le Prof. Dr F. _____, dont il ne remet nullement en cause les compétences en sa qualité de « *spécialiste mondialement reconnu des pathologies de la hanche* ».

Le 7 février 2011, ce dernier a émis une nouvelle appréciation du patient aux termes de laquelle il a conclu à une stabilisation de la situation : « *Malheureusement, chez ce patient, le résultat subjectif ne correspond pas au résultat objectif, ce qui est parfois remarqué dans la population transalpine avec une plus forte sensibilité à la douleur suite à un traumatisme ou à une opération. Sinon pour moi, une capacité de travail de certainement 50% pourrait lui être accordée dans un travail adapté, lors duquel il pourrait marcher ou être assis, avec des changements réguliers de positions. On pourrait même envisager un horaire plus étendu entre 50 voire 80%. Malheureusement, je crains que la formation du patient ne permette pas facilement un changement de travail. Le problème actuel, c'est sa réintégration professionnelle, car il m'indique clairement qu'il n'a pas eu la possibilité de faire un apprentissage malgré le fait qu'il est en Suisse depuis l'âge de 14 ans* ». Le 2 mars 2011, le même médecin a encore précisé que : « *Sur le plan médico-théorique, en faisant un travail léger avec les extrémités supérieures, sans charge des extrémités inférieures (ce qui signifie alternance position assise – position debout), le patient pourrait accomplir au moins un horaire de 50%* ».

Le 25 mai 2011, le Dr J. _____ à qui la CNA a à nouveau soumis le cas, a rendu un nouveau rapport. Il a relevé que la situation s'était stabilisée et qu'il n'y avait aucun cas d'aggravation par une autre pathologie. Dans cette expertise, il a considéré la douleur comme résultant d' « *un problème douloureux sans substrat organique mis en évidence* ». Il en conclut : « *Puisqu'il a été clairement démontré que le cas était stabilisé, respectivement qu'il n'existait aucune pathologie de nouvelle entité ni de thérapies particulières à proposer, il n'y a donc pas de motif de s'éloigner des conclusions du Dr G. _____ concernant l'exigibilité du travail retenue. En effet, le seul motif considéré par l'assuré pour ne pas reprendre une activité légère à temps plein est la présence de douleurs dont l'origine organique ne peut être établie. On est de plus en droit d'émettre de forts doutes sur l'intensité et le caractère invalidant de ces douleurs, puisque l'assuré assume rarement un traitement anti-inflammatoire, ne présente pas de gêne fonctionnelle, ne présente pas de douleurs nocturnes susceptibles de troubler le sommeil et a un périmètre de marche reporté de 30 minutes* ». Ce médecin confirme donc une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il ajoute même que l'estimation du Prof. Dr F. _____ ne « *justifie cependant pas pour quel motif de nature organique post-accidentelle stricte l'assuré ne serait pas capable d'effectuer un horaire complet. De plus il évoque des facteurs n'entrant pas dans l'estimation assécurologique de l'exigibilité au travail, à savoir le niveau de formation de l'assuré* ».

Quant à celle du Dr H._____, il ajoute ce qui suit: "*Considérant une perte de rendement en conséquence de pauses supplémentaires, correspondant au total à une heure par jour, le Dr H._____ justifie le complément d'incapacité de travail pour arriver à un taux de 50% horaire par une fatigabilité et un status douloureux pouvant se poursuivre sur plusieurs jours. En l'absence de déficit musculaire, je ne vois pas pour quel motif il existerait chez [l'assuré] une fatigabilité accrue, surtout s'il existe une possibilité de position assise-debout alternée. Relativement aux [sic] status douloureux, je rappelle que celui-ci ne s'explique que très partiellement par l'atteinte structurelle et qu'il ne nécessite aucun traitement soutenu au long cours. [...] Finalement, la limitation décrite par le Dr H._____ au niveau des membres supérieurs n'est pas pertinente, puisqu'il s'agit d'un problème de type morbide qui n'a pas à être pris en considération dans la définition de l'exigibilité pour les seules suites accidentelles*". En d'autres termes, poursuit le Dr J._____, le Dr H._____ justifie la diminution horaire en considérant la nécessité de pauses, laquelle n'entre pas en considération dans une activité permettant l'alternance de positions assis-debout. Pas plus que le port de charges au-delà de 10 kilos ne peut justifier la diminution de rendement puisque c'est dans ce cadre limitatif que l'exigibilité horaire a été définie par le médecin d'arrondissement. En clair, l'appréciation du Dr H._____ est sans substrat, selon le Dr J._____. Ce spécialiste estime dès lors que l'assuré est en mesure d'exercer une activité adaptée à temps plein, sans diminution de rendement.

b) Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans relève tout d'abord que, de l'avis unanime des médecins consultés, l'accident dont a été victime l'assuré le 3 octobre 2007 lui a causé une fracture-luxation de la hanche gauche qui a nécessité une intervention chirurgicale avec la pose de matériel d'ostéosynthèse. A la suite de cette opération, il a développé un syndrome des loges de la jambe droite, traitée par fasciotomie. Le résultat de cette dernière a été qualifié d'excellent par le Dr H._____. L'état de la hanche gauche a évolué favorablement, avec une bonne consolidation osseuse. Le matériel d'ostéosynthèse est bien en place. Il persiste en revanche une perte de mobilité au niveau de la hanche. De même, cette lésion de la hanche emporte plusieurs limitations fonctionnelles.

Ainsi, le recourant ne peut-il plus exercer plus d'une heure des activités exclusivement en position debout, sans interruption. Les activités exercées sur sol irrégulier peuvent être exercées à raison d'une à deux heures par jour. Le travail des bras au-dessus de la tête est déconseillé, vu l'impingement sous-acromial bilatéral. Le travail à genoux, accroupi, ou sur une échelle est proscrit, de même que le port de charges de plus de 10-15 kilos. Ces limitations fonctionnelles empêchent le recourant de reprendre son ancienne activité de monteur de structures métalliques à plein temps. La Cour constate que, du point de vue clinique, les conclusions de l'ensemble des médecins se superposent : le traitement entrepris suite à l'accident a été adéquat et a permis de stabiliser la situation. Manifestement, aucune complication n'est venue aggraver le cas. Les médecins admettent aussi que le patient peut exercer une activité limitée et adaptée.

Reste à savoir quelle est la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité légère adaptée. Il s'agit de déterminer si l'avis du Dr J._____ est suffisamment probant pour conclure, à l'instar de l'autorité intimée, à l'exercice d'une activité adaptée à plein temps. Ou si, au contraire, les avis des Drs H._____ et F._____, qui considèrent que des séquelles persistent et influencent la capacité de travail du recourant, doivent lui être préférés.

aa) Se fondant sur le rapport d'expertise du Dr H._____, ainsi que sur les constatations faites lors de ses derniers mois d'activité au sein de la société C._____ SA, le recourant estime quant à lui que sa capacité de travail ne dépasse pas 50% dans une activité adaptée.

L'expertise du Dr H._____ n'emporte toutefois pas la conviction des Juges de céans. En effet, force est tout d'abord de constater qu'elle est fondée sur nombre de suppositions. Ainsi, après

avoir suspecté un conflit du muscle psoas iliaque avec le matériel d'ostéosynthèse, le spécialiste constate que, radiologiquement, ledit matériel est en place. L'expert suspecte ensuite des modifications arthrosiques ou une ostéonécrose débutante. Il n'apporte toutefois aucun élément permettant de confirmer ses craintes. La probable tendinopathie du sus-épineux dont il fait état ne justifie pas non plus, pour les mêmes motifs, l'incapacité du recourant à effectuer un travail sur un plan situé en-dessous des épaules. L'expert affirme ensuite qu'une activité ne peut être exercée à plein temps car la position assise ou debout ne peut être tenue plus d'une heure et demie d'affilée. On y objectera qu'il existe des activités adaptées qui prévoient précisément une alternance des positions assise-debout. De même, on ne voit pas en quoi la limitation du port de charges de plus de 10-15 kilos empêcherait le recourant d'exercer une activité légère à plein temps qui proscrit le port de telles charges. On ne saurait par ailleurs suivre l'expert lorsqu'il affirme que, la situation n'ayant pas évolué depuis les mois d'avril-mai 2008, époque à laquelle la capacité de travail de l'assuré était évaluée à 50% dans une activité adaptée, elle est identique aujourd'hui. Il ne faut en effet pas perdre de vue que les lésions qu'a subies le recourant nécessitaient une convalescence relativement longue, dès lors que l'objectif était initialement que ce dernier puisse reprendre son ancienne activité de monteur en structures métalliques, soit un travail que l'on peut qualifier de relativement lourd du point de vue physique. Dans ce sens, on relèvera que dans une note interne du 12 décembre 2008, le conseiller en réadaptation de l'OAI indiquait ce qui suit: *"La prise de position du SMR du 09.12.08 met clairement en évidence que l'assuré ne peut plus exercer son métier sur les chantiers (montage de charpentes métalliques) en raison des limitations fonctionnelles. Il faut donc revoir la démarche de la SUVA, qui est en train d'insister pour un retour au travail auprès de l'ancien employeur"* (doss. OAI p. 233). Compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, l'expertise du Dr H. _____ ne saurait remettre en question les avis concordants et convaincants du Dr K. _____ et du Dr G. _____.

A relever également que les nouvelles investigations mises en œuvre tant par le SMR que par la CNA confirment l'avis des spécialistes précités. En effet, au terme de nouveaux examens complémentaires poussés qu'il a lui-même requis, le Dr J. _____ a constaté que le cas est stabilisé, la capacité fonctionnelle coxo-fémorale étant conservée et le résultat radiologique très bon. Au terme d'une analyse détaillée et convaincante, qui emporte la conviction des Juges de céans, il affirme, tout comme ses confrères K. _____, G. _____ et L. _____ du SMR, qu'il n'existe aucun motif de ne pas considérer le recourant comme étant capable de travailler à temps complet sans perte de rendement dans une activité adaptée tenant compte de l'exigibilité physique précédemment définie.

S'agissant des douleurs qui peuvent le handicaper dans une situation de travail, les médecins divergent quant à leur interprétation. Pour le Dr H. _____, elles sont consécutives au traumatisme et à une évolution défavorable vers une structure arthrosique. Pour le Prof. Dr F. _____ comme le Dr J. _____, elles ne s'expliquent par aucune cause organique objective. Les analyses effectuées postérieurement à l'expertise H. _____ n'ont en outre pas permis de déceler d'anomalies ou de pathologies survenues depuis l'opération, de sorte que l'on peut considérer avec un degré de prépondérance suffisant que les douleurs dont se plaint l'assuré ne sont pas liées à une pathologie objective. Du reste, il ressort aussi du dossier qu'elles n'ont pas une intensité telle que le recourant doive recourir à une médication pour les apaiser. Il n'en demeure pas moins que, si l'activité antérieure n'est guère envisageable, une activité adaptée et légère est possible. Là où les médecins divergent c'est au sujet du taux d'occupation et du rendement exigible.

Le Prof. Dr F. _____ avait au début envisagé une reprise progressive de l'ancienne activité, avec diminution du rendement, à 75%. Le SMR, quant à lui, avait fixé à 50% le degré d'activité dans l'ancien emploi, tout en considérant une activité à plein temps et à plein rendement dans une

activité légère. Le Prof. Dr F. _____ avait partagé ce point de vue, pour se raviser par la suite, à partir d'octobre 2009, date à compter de laquelle il a reconnu que son patient ne pouvait pas augmenter son taux d'activité. Il a néanmoins maintenu le degré de capacité de travail à 75%, mais uniquement « *pour un travail sans charge et avec un rendement diminué sur toute la journée* », sans plus de précisions. Dès 2011, le Prof. Dr F. _____ parle d'une capacité de travail de 50% à 80%. S'il se montre dubitatif quant à la possibilité pour son patient d'exercer une nouvelle activité, ce n'est vraisemblablement pas en raison de sa situation médicale mais surtout parce que l'assuré n'a aucune formation professionnelle. Il semble néanmoins convaincu que le patient peut exercer une activité légère à hauteur « *au moins* » ou « *certainement* » de 50%.

En l'état, il n'est pas possible de savoir si les tergiversations du Prof. Dr F. _____ reposent sur une appréciation clinique objective ou si elles sont plutôt dictées par le fait que, comme le soutient la CNA, en tant que médecin traitant, il se fonde sur des considérations personnelles liées à la formation et à l'éducation de son patient. Dans son appréciation du 4 février 2009, il fait état d'un « *rendement diminué dans un travail sans charge toute la journée* », contrairement au SMR et au médecin d'arrondissement de la CNA qui parlent d'un plein rendement dans une activité adaptée. Cette affirmation a laissé l'OAI perplexe, au point que, par courrier du 20 juillet 2009, il a demandé au Prof. Dr F. _____ de l'étayer, par rapport aux constatations des deux autres médecins et d'en expliquer la portée ; cette demande est apparemment restée sans réponse. Partant, on peut considérer que ces doutes du Prof. Dr F. _____ proviennent davantage de considérations relatives à la personne de son patient qu'à des éléments de nature clinique.

Quant au Dr H. _____, son expertise a eu lieu en septembre 2009, après une tentative de reprise de travail de la part du recourant auprès de son ancien employeur. Or, même s'il a été affecté à des tâches moins lourdes, il n'en demeure pas moins que celles-ci ne constituaient pas des activités adaptées. De ce point de vue, les médecins sont unanimement d'accord quant à l'inexigibilité d'un emploi dans l'activité exercée jusqu'ici. On peut donc mettre en doute l'appréciation des limitations du recourant faites par le Dr H. _____, dans la mesure où elles correspondent à une activité légère dans l'ancien emploi, laquelle, comme on l'a vu, n'est pas indiquée dans son cas. En revanche, dans une toute autre activité véritablement adaptée, dans le cadre d'un travail léger, alternant les positions assise-debout et impliquant un port de charges très restreint, ses limitations n'ont pas d'influence supplémentaire sur la capacité de travail; partant, il en a ainsi déjà été tenu compte.

bb) Le recourant relève encore que la société C. _____ SA lui a précisément confié, après son accident, des tâches en atelier qui pourraient être considérées comme adaptées. Or, il n'a pas été en mesure de fournir le rendement escompté dans l'exécution de ces tâches. Contrairement à ce qu'il prétend, la majorité des tâches qui lui étaient attribuées n'étaient pas adaptées à son état de santé. On se réfèrera à ce titre au rapport de l'entretien qu'il a eu le 24 septembre 2008 avec un représentant de C. _____ SA et un représentant de l'OAI, dont il ressort ce qui suit: "*1. Montage/réparation de chauffages: il dit devoir se plier -> dès lors pas adapté. 2. Montage de petites cantines: Il dit devoir beaucoup se déplacer et aussi se plier -> dès lors pas adapté. 3. Montages électriques dans les containers [:] Il faut se plier et beaucoup marcher: cela ne convient pas. 4. Montages électriques à l'atelier: Cela convient dans la mesure où il ne faut pas faire beaucoup de déplacements. L'entreprise E. _____ n'a cependant que très peu de travaux de ce genre et ces travaux ne permettent pas d'occuper [l'assuré]" (cf. doss. OAI p. 221 s.). Il ressort également d'un rapport d'entretien téléphonique du 11 novembre 2008 entre l'OAI et la CNA que l'employeur de l'assuré ne lui fournissait pas assez de travaux adaptés à son état de santé (cf. doss. OAI p. 224). Cela est encore confirmé par le rapport d'entretien entre la CNA, l'assuré et son employeur, du 18 novembre 2008: "*Mme E. _____ me dit que [l'assuré] travaille toute la journée depuis le 1.11.2008. L'entreprise essaie de lui donner des travaux le mieux adaptés possibles [sic]. Il n'y a cependant pas assez de travail pour occuper [l'assuré]**

seulement à l'atelier. [L'assuré] se déplace dès lors également pour faire des travaux à l'extérieur, comme par exemple du montage électrique dans des containers". Le recourant ne saurait ainsi prétendre, sur la base de l'activité déployée pour l'entreprise C. _____ SA après son accident, qu'il n'est pas en mesure de travailler à plein temps, sans diminution, dans une activité adaptée.

Au contraire, il y a lieu de reconnaître à ce dernier, conformément aux avis médicaux du Dr K. _____, du Dr G. _____, du Dr L. _____ et du Dr J. _____, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites par ces spécialistes.

Finalement, la Cour ne peut s'empêcher de relever que l'argumentaire du présent recours correspond en tous points à celui qui a été déjà soutenu par l'assuré dans le cadre de son recours au Tribunal cantonal en assurance-invalidité. Ce recours ayant été par ailleurs rejeté et n'ayant pas fait l'objet d'une contestation auprès de l'instance fédérale, il est passé en force de chose jugée ; partant, il est devenu exécutoire et lie l'Instance de céans.

4. Le recourant critique aussi le taux d'invalidité retenu par la CNA et estime qu'une rente d'invalidité de 56% doit lui être octroyée, se fondant sur les conclusions du rapport du Dr H. _____. En revanche, il ne conteste pas les bases de calcul sur lesquelles s'est fondée la CNA pour déterminer le montant de la rente.

a) En l'espèce, la CNA a déterminé le revenu d'invalidé sur la base des DPT, compte tenu d'une activité légère, à plein temps et à plein rendement, que pourrait exercer le recourant selon son médecin d'arrondissement et ceux du SMR. Elle a retenu ainsi un revenu d'invalidé de 4'097 francs par mois, avec invalidité, en se fondant sur la moyenne des seuls salaires minimaux des DPT correspondant au profil de l'assuré, à l'avantage de celui-ci. Sans la survenance de l'accident, l'assuré pourrait percevoir un gain de l'ordre de 4'664 francs par mois. Ces montants ne sont à juste titre pas contestés.

La comparaison des deux revenus avant et après l'invalidité laisse donc apparaître un préjudice économique de 12,1 % arrondi à 12%. De ce point de vue, la décision ne prête pas flanc à la critique.

Si l'on compare, par surabondance, ce calcul à celui effectué par l'AI dans sa décision, confirmée par l'Instance de céans, on constate que, pour fixer le revenu de valide, l'OAI s'est référé au salaire que le recourant aurait pu percevoir en 2008 - date de la naissance du droit éventuel à une rente - auprès de la société C. _____ SA s'il n'avait pas subi d'atteinte à la santé. En l'occurrence, selon les indications fournies par l'ancien employeur, ce revenu se montait à 54'470 francs, soit 4'539 francs par mois (sur 12 mois).

Pour fixer le revenu d'invalidé, l'OAI s'est référé au salaire auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, qui recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes, à savoir, durant l'année 2008, 4'806 francs (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA1, niveau de qualification 4, tous secteurs confondus). Adapté à l'horaire hebdomadaire de 41,6 heures valable dans les entreprises en 2008 (La Vie économique 10-2011 p. 94, B 9.2), ce revenu représente un montant de 4'998 fr. 25 par mois, soit un gain annuel brut de 59'979 francs. A cela l'OAI a appliqué un degré d'abattement salarial de 10%, ce qui correspond à un revenu d'invalidé annuel brut à 53'981 fr. 10, soit de 4'498 fr.40 par mois.

Si l'on compare le revenu de valide (54'470 francs) au revenu d'invalidé (53'981 fr. 10), il en résulte une perte de gain, respectivement un taux d'invalidité de 0.89% arrondi à 1%.

Sur cette base, le calcul de la CNA apparaît d'emblée bien plus favorable au recourant, en se fondant sur les DPT plutôt que sur l'ESS, comme l'a fait l'OAI. Il n'y a cependant pas lieu de réformer ce calcul du moment où les deux méthodes sont reconnues par la jurisprudence, ce qui permet de retenir, à l'instar de la CNA, celle qui est la plus favorable à l'assuré.

b) Ainsi qu'on l'a démontré dans le considérant 3 ci-dessus, les conclusions du Dr H. _____ ne sauraient être retenues dans la mesure où elles concernent un travail allégé dans la branche d'activité antérieure du recourant, qui ne peut nullement être qualifiée d'activité adaptée au sens de la loi. Au contraire du spécialiste en question, les médecins de la CNA et du SMR ont pris en considération une activité véritablement adaptée au handicap dont souffre le recourant et pour lequel le salaire comprend déjà les abattements pour situation de santé défavorable. Partant c'est à bon droit que la CNA a retenu un taux d'invalidité de 12% correspondant au préjudice économique subi du fait de l'atteinte à la santé.

Mal fondé sur ce point, le recours doit être rejeté.

c) S'agissant du versement d'indemnités journalières pour l'incapacité de travail de 100% du 10 au 22 mai 2011 puis de 50% dès le 23 mai 2011, survenue lors du stage de préparation à l'activité professionnelle auprès de l'entreprise I. _____ à Guin, elles ne sauraient être admises du moment que la stabilisation de l'état de santé du recourant a été reconnue dès le 1^{er} juin 2009, avec l'ouverture du droit à la rente. Indépendamment du degré d'invalidité, du moment où la situation est stabilisée, sans rechute ou aggravation de l'état de santé, interrompant par là le lien de causalité, et après qu'une rente a été reconnue à l'assuré, le droit à une indemnité journalière est caduc "de jure" (cf. art. 19 al. 1 LAA). Seuls des frais de traitement peuvent entrer en considération, à certaines conditions, ce qui en l'espèce n'est pas l'objet de la contestation. Mal fondé sur ce point, le recours doit également être rejeté.

5. Il reste enfin à se déterminer sur le degré d'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2).

La quotité en est évaluée selon les directives et le barème - non exhaustif - contenus dans l'annexe 3 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202) (ATF 124 V 29 consid. 1b p. 32, 209 consid. 4a/bb p. 210, consid. 2a p. 219). Lorsque l'atteinte n'y figure pas, le préjudice est estimé en s'inspirant des tables de la division médicale de la CNA, sans que le juge ne soit lié par ces dernières (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc p. 211, 116 V 156 consid. 3a p. 157). Il sera par ailleurs équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte (cf. art. 36 al. 4 OLAA).

b) En l'espèce, la CNA a fixé le degré d'atteinte à l'intégrité sur la base de la table 5, à 30%. Ce taux correspond au degré supérieur d'une coxarthrose d'importance moyenne ou au degré le plus bas d'une coxarthrose grave.

Cette estimation se fonde sur le bilan radiologique effectué quelque quatre ans après l'accident. Si certains signes d'une arthrose semblent apparaître, ceux-ci peuvent être pris en considération, dans l'évaluation qui est faite, d'une arthrose grave en matière d'atteinte à l'intégrité, laquelle se situe entre 30 et 40%. En d'autres termes, en appliquant le taux de 30%, la CNA a tenu compte

d'une coxarthrose moyenne d'un degré supérieur avec un début d'arthrose. En tout état de cause, il ne lui était pas possible de tenir compte d'une arthrose plus prononcée car il est impossible de

prévoir une future péjoration de cette atteinte et, cas échéant, à quel degré. Quant au Dr G. _____, il a estimé l'atteinte à l'intégrité à 30%, compte tenu d'une évolution vers une coxarthrose qu'il a définie alors comme d'importance moyenne. Du reste, dans son appréciation, le Dr H. _____ a estimé pour sa part qu'en l'état du patient, le degré d'atteinte à l'intégrité de 30% avait été correctement calculé. Il a certes relevé un risque d'aggravation de l'arthrose, mais les dernières investigations réalisées par le Prof. Dr F. _____ depuis l'expertise H. _____ n'ont pas démontré que ce fut le cas. Dans ces circonstances, il y a lieu de retenir que le taux de 30% d'atteinte à l'intégrité fixé par la CNA est correct et ne saurait être remis en question. Mal fondé sur ce point, le recours doit être rejeté.

6. Sur le vu de ce qui précède, le recours, entièrement mal fondé, doit dès lors être rejeté et la décision sur opposition confirmée, sans frais de procédure, en application du principe de la gratuité valant en la matière.

la Cour arrête:

- I. Le recours est rejeté.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

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 13 novembre 2014/ESC

Présidente

Greffier-stagiaire