

FR_GERICHTE 605 2014 270 vom 10. März 2016

FR Kantonsgericht, 2016-03-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2014_270

FR: FR_GERICHTE 605 2014 270 du 10 mars 2016

IT: FR_GERICHTE 605 2014 270 del 10 marzo 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours est recevable. Il a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

Aux termes de l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 ou mentale ou qui entraîne la mort.

E. 3

L'assureur LAA n'est tenu à prestations que lorsqu'il existe entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé une relation de causalité naturelle et adéquate. a) En cas d'accident, l'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet 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 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b; 115 V 134 consid. 3). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérant, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Toutefois, la seule possibilité que l'accident soit en lien de causalité ne suffit pas pour fonder le droit aux prestations (RAMA 1997 p. 167 consid. 1a; ATF 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références). 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). b) Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. Pour que cette condition soit remplie, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré soit 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 (Tribunal fédéral, arrêt non publié S. [8C_336/2008] du 5 décembre 2008, consid. 3.1; ATF 129 V 177 consid. 3.2, 117 V 359 consid. 4b).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14

E. 4

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend ainsi, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc aussi versées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA, RS 832.202]). D'après la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites 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 (RAMA 1997 p. 188 et les références citées).

E. 5

a) Selon l'art. 18 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que le droit à 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. Conformément à l'art. 8 al. 1 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 réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. b) En vertu de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 126 V 75 consid. 1b/VSI 2000 p. 314 et les références citées), respectivement du dernier examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108, 103 V 71).

E. 6

Est en l'espèce litigieuse la question de savoir s'il faut adapter ou non les prestations dues au recourant après la rechute annoncée. Lui estime que son état de santé n'est toujours pas stabilisé, qu'il nécessite la poursuite de mesures thérapeutiques et que sa rente doit enfin

être revue à la hausse, vu les douleurs persistantes et l'arthrose limitant davantage sa capacité de gain. La SUVA ne consent finalement qu'à reprendre à sa charge le traitement médicamenteux conservateur qui avait été instauré pour endiguer cette dernière atteinte et qui pourrait être poursuivi.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 Qu'en est-il ? a) premier accident annoncé et octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité L'assuré, né en 1983, qui exerçait alors la profession d'ouvrier-maçon, a été victime d'un accident le 11 novembre 2006, en tombant dans ses escaliers (cf. déclaration d'accident du 14 novembre 2006, dossier SUVA 16.34526.06.0, pièce 1). Il s'est blessé au niveau du genou droit. A l'issue d'un séjour du 30 mai 2007 au 26 juin 2007 à la Clinique romande de réadaptation (CRR), à Sion, le diagnostic d'un « syndrome rotulien droit » avait été retenu. On était revenu sur les faits accidentels et leur suite, ainsi résumés: « Il s'agit d'un patient de 24 ans, maçon sans formation, qui chute le 11.11.2006 sur son genou droit. Il y a notion d'un choc direct contre sa rotule et apparition d'un œdème et de gonalgies droites, qui ont été mises sur le compte d'une atteinte de la facette interne et de la crête rotulienne, nécessitant une arthroscopie du genou droit le 22.01.2007. A quatre mois post-arthroscopie, les douleurs persistent et l'incapacité de travail se prolonge. Il nous est adressé pour une rééducation physiothérapeutique stationnaire » (rapport CRR du 19 juillet 2007, p. 1-2, dossier SUVA 16.34526.06.0, pièce 37). La physiothérapie prodiguée à la CRR lui a finalement permis de récupérer en force, mais pas tellement sur le plan des douleurs : « Durant le séjour, il a suivi un programme de physiothérapie comprenant des traitements individuels passifs de mobilisation du genou droit en traction, TENS, application de glace, stretching et rodage articulaire. Il a réalisé des exercices en actif de mobilisation active du genou droit, tonification du MID, proprioception et protocole des cales. Il a participé à l'entraînement thérapeutique à la piscine et à l'entraînement individuel. Le séjour est marqué par une augmentation transitoire des douleurs, nécessitant un allègement du programme. En fin de séjour, le patient ne voit pas d'amélioration sur le plan des douleurs. Il note une amélioration sur le plan de la force » (rapport précité, p. 3). Ces douleurs semblaient essentiellement liées à une arthrose, au demeurant mise en relation avec un accident plus ancien: « Les douleurs présentées sont mises sur le compte d'une arthrose fémoro-patellaire droite. Au vu des importantes lésions constatées à l'arthro-scanner chez un jeune patient, il est proposé d'adresser le patient à une consultation spécialisée en chirurgie du genou. On peut se demander si les lésions observées correspondent à une ostéochondrite « a minima », en raison d'un épanchement articulaire survenu il y a 6 ans. Il est proposé la poursuite d'un travail de rodage, avec renforcement musculaire progressif. Une infiltration de corticoïdes n'ayant pas amélioré la symptomatologie, il est proposé d'essayer une viscosupplémentation, ce qui sera discuté à la consultation du Dr B. _____ » (rapport précité, p. 3). Egaleme nt consulté à cette époque, le Dr B. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, évoque, comme les spécialistes de la CRR, un accident plus ancien que celui annoncé à la SUVA : « En 2001, première contusion fémoro-rotulienne droite au football à K. _____. Traitement par plâtre de ce que le patient décrit comme une fracture de la rotule (pas de documents à disposition). Bien été par la suite » (rapport du 29 juin 2007, dossier SUVA 16.34526.06.0, pièce 30). Il précise encore que le recourant aurait fait une nouvelle chute sur son genou, en mars 2007, en gare de L. _____: « le lendemain : hydrops » (rapport précité).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 Le Prof C. _____, médecin-chef de la clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital cantonal, confirmait par la suite l'usure du genou : « L'IRM de ce genou datant d'avant l'opération du 23.11.2006 met en évidence une importante usure de la facette interne de la rotule avec le cartilage de la trochlée en bon état. A part ceci, on ne relève pas de pathologie » (rapport du 4 septembre 2007, dossier SUVA 16.34526.06.0, pièce 45). Envisagée un temps, une opération n'était selon lui toutefois pas vraiment indiquée dans le cas du recourant, dont la passivité ne l'aidait pas à surmonter ses douleurs, sur lesquels il restait centré: « La situation est difficile, le patient se situe sur l'échelle analogue des douleurs dans la partie supérieure. Il n'a pas fait d'effort pour tester son genou lors d'un essai de travail. Le risque si l'on fait une grande opération est que le patient n'aura pas changé son attitude après cette intervention. Je ne peux pas opérer ce patient avec le médecin responsable de la Suva qui est plutôt hésitant. Le patient me dit avoir des douleurs même lorsqu'il dort alors comment peut-on s'imaginer qu'il reprenne le travail. Avec une telle attitude le risque d'un échec après une intervention est élevé puisque les risques d'une telle opération sont considérables et ceci me fait hésiter. Ce patient est plutôt passif, depuis 11 mois il n'a plus travaillé et je doute fort qu'il reprenne un travail. Le patient me dit aussi que ce n'est pas l'apparition d'un épanchement qui serait la preuve qu'il souffre, mais que c'est en raison de la douleur » (rapport du 12 octobre 2007 dossier SUVA 16.34526.06.0, pièce 50). En automne 2007, la situation ne s'améliorant pas, le recourant a effectué un deuxième séjour à la CRR. Son attitude par trop passive a à nouveau été signalée : « Nous demandons un consilium à notre consultant-chirurgien-orthopédiste, qui retient une situation clinique globalement égale à celle lors du précédent séjour. Il est frappé lors de la consultation par la passivité du patient, qui joue certainement un rôle dans la décision de ne pas réaliser d'intervention chirurgicale. Une visco- supplémentation a été refusée par le patient » (rapport CRR du 7 janvier 2008, dossier SUVA 16.34526.06.0, pièce 64). Un seul traitement médicamenteux conservateur (Condrosulf), censé endiguer l'arthrose, était dès lors instauré : « Sur le plan thérapeutique, nous recommandons au patient d'avoir une attitude plus active avec poursuite du renforcement musculaire. Nous instaurons un traitement de Condrosulf, 800 mg/jour » (rapport précité). En janvier 2008, le médecin d'arrondissement de la SUVA fixait le taux d'atteinte à l'intégrité à 10%, précisant à cet égard que son appréciation tenait compte « d'une arthrose fémoro-patellaire actuellement d'importance moyenne » (estimation du 15 janvier 2008, dossier SUVA 16.34526.06.0, pièce 69). Après cela, le recourant a encore consulté le Dr D. _____, chirurgien orthopédique FMH, mais celui-ci a refusé de l'opérer: « Malheureusement, compte tenu du type de lésion, je ne pense pas qu'il y ait une intervention possible pour améliorer ce patient. On lui aurait proposé une greffe ostéo-cartilagineuse dans un premier temps. Je suis persuadé qu'il s'agit d'une chirurgie trop expérimentale pour oser la pratiquer et que les chances d'obtenir une amélioration sont insuffisantes pour justifier cette opération » (rapport du 20 février 2008, dossier SUVA 16.34526.06.0, pièce 83).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 Le Dr B. _____ aurait également refusé de l'opérer et mis fin au traitement (cf. rapport SUVA du 16 avril 2008, dossier SUVA 16.34526.06.0, pièce 89). Par décision du 23 avril 2008, confirmée sur opposition le 13 mai 2008, la SUVA n'a ainsi consenti à lui octroyer qu'une seule indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, vu l'arthrose (dossier SUVA 16.34526.06.0, pièce 98). b) deuxième accident et octroi de la rente Le recourant a fait une chute à vélo le 27 octobre 2010, à nouveau sur son genou droit (cf. déclaration d'accident, dossier SUVA 16.16961.10.8, pièce 1). Le Dr E. _____, chirurgien orthopédique FMH, ne se montrait pas alarmiste, évoquant au contraire un genou

droit sans particularité, le tableau clinique demeurant pour l'essentiel inchangé par rapport à ce qui avait pu être observé à l'époque et ne générant en outre aucune incapacité de travail: « L'examen clinique montre un genou sans particularité. Il existe un rabot rotulien bilatéral. La mobilité des genoux est libre et symétrique. La stabilité des genoux est symétrique. Je ne vois pas de signe d'irritation du genou. La circonférence du genou à droite est de 37.5 cm et à gauche de 37 cm. La circonférence de la cuisse 10 cm au-dessus de l'interligne fémoro-tibial interne est à droite de 39 cm et à gauche de 40.5 cm. Le bilan radiologique du 16 novembre 2010 du genou droit f/p met en évidence une irrégularité du bord articulaire de la rotule, sans toutefois qu'il n'y ait de développement d'ostéophyte de part et d'autre de la rotule. Une vue axiale n'est pas disponible. Comparé aux rapports susmentionnés, je ne mets pas en évidence de différence entre l'examen clinique d'aujourd'hui et ceux mentionnés dans les rapports précités. Il n'y a ainsi pas lieu de diverger par rapport à l'attitude proposée. Je ne vois pas non plus de raison d'attester une incapacité de travail » (rapport du 23 novembre 2010, dossier SUVA 16.16961.10.8, pièce 24). Le recourant, qui continuait à se plaindre de douleurs, a effectué un troisième séjour à la CRR, du 2 mars au 29 mars 2011. Le tableau clinique était apparemment resté le même et ne présentait pas d'aggravation notable: « Au status, le genou droit est calme, est présente une douleur à la palpation de la pointe de la rotule et de l'aileron rotulien interne, associée à des signes de chondropathie rotulienne, sans épanchement. Amplitudes articulaires complètes. Pas de boiterie à la marche » (rapport du 6 mai 2011, dossier SUVA 16.16961.10.8, pièce 31, p. 3). Après rééducation intensive, la situation était considérée comme médicalement stabilisée, mais il est apparu qu'une réorientation professionnelle s'imposait : « En rééducation, le patient a bénéficié de traitements intensifs, visant l'amélioration de la force et de l'endurance, ainsi que de la proprioception des membres inférieurs. Ces traitements ont permis encore quelques progrès en force et en proprioception, mais sans retentissement significatif au plan fonctionnel. (...) Sur le plan professionnel, maçon, il est à l'incapacité totale de travail depuis l'accident du 11.11.2010. Actuellement au terme du séjour, la situation est médicalement considérée comme stabilisée, devant un plafonnage des mesures rééducatives et l'absence d'indication chirurgicale. Nous retenons, les mêmes limitations que lors du précédent séjour, à savoir les travaux à genoux, ceux nécessitant des accroupissements répétés ainsi que les travaux sur échelles. Lors d'une évaluation aux ateliers professionnels, il a été relevé que la position debout statique reste difficile et qu'une activité avec possibilités d'alterner les positions serait préférable. Devant ces limitations plus compatibles avec l'activité de maçon et l'absence de traitement, en particulier chirurgical,

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 capable de les améliorer, le patient est astreint à changer d'activité professionnelle » (rapport précité). Le médecin d'arrondissement de la SUVA pensait la même chose et retenait une capacité de travail entière dans une activité adaptée : « Sur le plan thérapeutique : la situation relève pour l'instant d'un suivi médical espacé à long terme. Une libération de l'aileron rotulien externe serait certainement envisageable en cas d'aggravation douloureuse. Dans l'immédiat, il convient cependant de donner la priorité aux mesures de reclassement professionnel, le retour vers une pleine capacité dans une activité de maçon n'étant guère envisageable. En revanche cet assuré pourrait mettre en valeur une pleine capacité dans une activité adaptée n'exigeant pas les déplacements prolongés, la marche en terrain irrégulier, la position accroupie ou la montée et descente fréquente d'échelle ou d'escaliers » (examen médical final du 21 juillet 2011, dossier SUVA 16.16961.10.8, pièce 40). Le taux d'atteinte à l'intégrité demeurait le même (examen précité). Par décision du 27 janvier 2012, la SUVA prenait acte du changement d'activité

professionnel imposé par les circonstances et lui octroyait désormais une rente d'invalidité de 16% (dossier SUVA 16.16961.10.8, pièce 77). Le 2 avril 2012, le recourant informait la SUVA qu'il avait bien retrouvé un emploi en usine (opérateur sur machines) mais que ses douleurs avaient empiré. c) rechute Une rechute a été annoncée à la fin du mois d'avril 2012. Le genou droit du recourant aurait lâché et il serait tombé sur le coccyx (cf. déclaration, dossier SUVA 16.16961.10.8, pièce 88). Nouvellement consulté, le Dr F. _____, spécialiste FMH en médecine interne, atteste que les douleurs se sont réactivées avec la reprise du travail : « Der Patient hat im März 2012 eine Arbeit in der Verpackungsindustrie aufgenommen, bei der er den ganzen Tag auf den Beinen ist und zum Teil auch in die Knie gehen muss. Bereits nach drei Wochen ist es zu einer Exazerbation der Knieschmerzen gekommen. Bei der klinischen Erstuntersuchung zeigte sich neben den patellären Schmerzen ein leichter Gelenkserguss » (dossier SUVA 16.16961.10.8, pièce 90). A l'arrêt de travail, le recourant a été licencié dans le cadre du temps d'essai contractuel de trois mois (cf. message électronique du 27 juin 2012 de l'employeur, dossier SUVA 16.16961.10.8, pièce 107). Il a par la suite pris des antidouleurs et subi des infiltrations, prodiguées à l'Hôpital de l'Ile, à Berne, mais cela sans grand effet sur le moyen terme : « Der Patient konnte von der zwischenzeitlich durchgeführten Infiltration nicht längerfristig profitieren. Kurz nach der Infiltration gab es eine kleine Verbesserung der Schmerzsituation. Bisherige Schmerztherapie mittels Dafalgan. Der Patient ist immer noch zu 100 % arbeitsunfähig, dies nachdem er bereits eine Umschulung in Angriff genommen hatte. Die Situation ist für den Patienten belastend » (rapport du 19 septembre 2012, dossier SUVA 16.16961.10.8, pièce 124). Le médecin d'arrondissement de la SUVA l'a réexaminé au mois de mars 2013.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 S'il a pris note de la persistance des douleurs, il n'a toutefois constaté aucune limitation fonctionnelle : « Appréciation subjective à l'examen du jour : les douleurs sont présentes constamment mais surtout à l'appui, à la marche, plus sur du terrain irrégulier, les montées et descentes d'escaliers avec parfois une sensation de lâchage et occasionnellement des chutes du côté D qui ne sont que partiellement soulagées par des traitements médicamenteux que prend l'assuré, et peu par la physiothérapie et les infiltrations intraarticulaires qui ont été effectuées. Le sentiment de ne pas avancer et d'être déprimé est bien présent chez l'assuré. Appréciation objective à l'examen du jour : il n'y a pas de limitation fonctionnelle, mais par contre une hyper-laxité de la rotule D, moins à G, des douleurs sur tout le pourtour rotulien à la palpation, mais sinon une bonne stabilité du genou D et aucune autre pathologie manifeste mise en évidence » (rapport du 8 mars 2013, dossier SUVA 16.16961.10.8, pièce 138). Un traitement conservateur devait selon lui se poursuivre, sous la forme, principalement, d'une auto-physiothérapie et d'une prise de vitamine D. A la fin du mois de mars 2013, l'Hôpital de l'Ile décidait que les infiltrations étaient vaines et ne préconisait plus que la poursuite de la physiothérapie, le plus important étant que le recourant retrouve une activité pouvant s'exercer en position assise : « Da die letzte Infiltration vom Dezember 2012 dem Patienten nur eine Woche geholfen hat, ist es aktuell nicht sinnvoll eine erneute Infiltration durchzuführen. In der aktuellen Situation ist vor allem notwendig, dass der Patient auf eine sitzende Tätigkeit umgeschult wird, da die belastungsabhängigen Beschwerden sich sehr wahrscheinlich nicht verbessern werden. Zudem empfehlen wir die Weiterführung der Physiotherapie » (rapport du 21 mars 2013, dossier SUVA 16.16961.10.8, pièce 141). En été 2013, il a encore été vu par le Dr G. _____, médecin-chef de service adjoint du département de chirurgie des HUG, à Genève. Ce dernier a signalé une mobilité complète et une stabilité des deux genoux : « La

mobilité des genoux est complète des deux côtés avec une extension complète, une distance talon-fesse de 5 cm à droite et 5 cm à gauche. Les deux genoux sont stables, tant dans le plan frontal que dans le plan sagittal. Le Lachman est négatif, arrêt dur des deux côtés. Pas d'épanchement. Le signe de Smillie est positif à droite. La rotule est hyper laxe des deux côtés » (rapport du 8 juillet 2013, dossier SUVA 16.16961.10.8, pièce 151). Le diagnostic, déjà largement documenté, a été confirmé, sans mention d'aucune aggravation : « il souffre donc d'une chondropathie fémoro-rotulienne droite avec des signes d'arthrose fémoro-rotulienne débutante. Son genou est stable et bien axé » (rapport précité). Comme tous les confrères l'ayant précédé, le Dr G. _____ a estimé qu'il ne fallait pas opérer le recourant, même s'il relevait pour sa part sa bonne motivation: « De multiples techniques chirurgicales, transposition de la tubérosité, trochléoplastie, greffe de chondrocytes ou transposition cartilagineuse par mosaïque plastie ont été proposées dans le cadre de cette pathologie. Aucune de ces techniques n'a, à ma connaissance, fait la preuve de son efficacité d'une manière suffisamment convaincante. C'est pourquoi, je ne pense pas qu'une intervention chirurgicale soit à recommander. Dans la mesure du possible, je pense que la Suva pourrait entreprendre une évaluation dans le but de proposer à une activité professionnelle qui convienne, activité qui devrait se limiter à une position essentiellement assise, évitant les déplacements longs ou le port de charges lourdes. Le patient est volontaire et je pense que les chances de succès d'une réorientation professionnelle sont plutôt bonnes » (rapport précité).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 Le médecin d'arrondissement de la SUVA s'est par la suite, et comme on va le voir, encore prononcé à deux reprises, estimant en substance que l'état de santé ne subissait plus de modification (cf. rapport du 5 septembre 2013, dossier SUVA 16.16961.10.8, pièce 156 / rapport du 4 juillet 2014, dossier SUVA 16.16961.10.8, pièce 178). En août 2014, un dernier rapport de l'Hôpital de l'Ile ne relevait rien de nouveau (cf. dossier SUVA 16.16961.10.8, pièce 197). La SUVA a demandé un dernier avis au Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Celui-ci a clairement confirmé que la situation était demeurée inchangée, l'arthrose n'ayant notamment pas évolué : « Vergleicht man die Berichte, die seit der Verfügung vom 27.01.2012 verfasst wurden mit den oben erwähnten neueren Arztberichten aus dem Jahre 2013 und 2014, muss man feststellen, dass sich das Leiden immer in gleicher Form präsentierte. Insbesondere zeigen dies auch die Berichte des Inselspitals Bern vom 23.05.2012, 14.06.2012, 16.07.2012 und 19.09.2012. Betrachtet und vergleicht man die vorliegenden Bild-Dokumente, zeigt sich seit Mai 2015 keine Änderung der retro-patellären Arthrose rechts. Vergleicht man die verschiedenen Arztberichte, findet man in den Akten einen praktisch gleich bleibenden Gesundheitszustand seit 2011. Die Angaben zum Bewegungsumfang und zu den Umfangmassen der Muskeln an Ober- und Unterschenkel variieren im Rahmen der Mess-Ungenauigkeit. Auch die Durchsicht der Röntgenbilder zeigt einen stabilen Zustand mit einer leicht bis massigen Retropatellar-Arthrose » (rapport du 11 juin 2015, à l'appui des observations de la SUVA). d) capacité de travail au moment de la décision querellée Dans son appréciation finale du mois de septembre 2013, le médecin d'arrondissement de la SUVA suggère une reprise du travail, à 100%, tenant compte de certaines limitations : « L'exigibilité dans la profession de maçon est nulle. Par contre on peut considérer que la capacité de travail dans toute autre activité professionnelle adaptée à la problématique du genou D tenant compte des limitations ci-dessous, est possible à 100% avec un rendement de 100% de suite. Les limitations concernent le genou D et on peut dire qu'une activité professionnelle sur toute la journée est possible pour peu qu'elle puisse s'effectuer en

position alternée assise et debout, permette de se dégourdir les jambes de temps à autres. Le port de charges répétitif est limité au maximum à 20 kg au niveau du MID et du genou. Il y a une limitation totale pour l'utilisation d'échelles et d'échafaudages, également pour des raisons de sécurité. Il y a une limitation pour les trajets longs sur sol plat et pour des trajets plus courts sur du terrain irrégulier ou sur des chantiers. Il y a également une limitation pour l'accroupissement et l'agenouillement qui sont à éviter ainsi que la montée et descente d'escaliers plusieurs fois par jour. Les positions de contrainte sont à éviter également » (rapport du 5 septembre 2013, dossier SUVA 16.16961.10.8, pièce 156). Il a confirmé tout cela au mois de juillet de l'année suivante, dans un nouveau rapport : « En l'occurrence, aucune modification des critères déterminés lors de l'examen médical final du 05.09.2012 en ce qui concerne l'incapacité/capacité travail de même que l'exigibilité ne doit être apportée actuellement » (rapport du 4 juillet 2014, dossier SUVA 16.16961.10.8, pièce 178). A côté de cela, le taux d'atteinte à l'intégrité, toujours lié à l'arthrose, ne subissait pas non plus de modification (cf. estimation du 13 mai 2014, dossier SUVA 16.16961.10.8, pièce 164). Pour sa part, et comme il a été dit plus haut, le Dr H. _____ estimait enfin que le tableau clinique n'avait pas changé et, dès lors, l'appréciation de la capacité de travail dans une activité

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 adaptée non plus, cette dernière appréciation faisant au demeurant l'unanimité chez les médecins: « Alle betrachteten übereinstimmend, dass die Ausübung des Berufes als Maurer nicht mehr möglich sei. Die Ärzte kommen auch zur Formulierung eines weitgehend identischen Zumutbarkeitsprofils, das sie für den vorliegenden Knieschaden und für die betreffenden Beschwerden als adäquat sahen. Es sei auf die ausführlichen Berichte des CRR vom 06.05.2011 und die beiden Kreisarztberichte vom 08.03.2013 und 05.09.2013 verwiesen. Auch Suva-externe Ärzte kommen - mehr oder weniger detailliert - zum gleichen Ergebnis, zum Beispiel Prof. G. _____ am 08.07.2013 und Dr F. _____ im Mail vom 11.06.2014 » (rapport du 11 juin 2015, à l'appui des observations de la SUVA).

E. 7

L'on constate ainsi à la lecture du dossier que la situation n'a pas évolué après l'annonce de la rechute au mois d'avril 2012. L'état du genou droit est resté exactement le même et l'arthrose n'a pas évolué. Aucun rapport ne dit le contraire. Les douleurs, certes rétives à tout traitement, n'ont pratiquement pas varié. L'estimation d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, largement préconisée par les médecins, ne saurait dès lors être remise en cause. Il apparait ainsi d'emblée que les conditions de la révision de la rente d'invalidité ne sont pas ouvertes et que la responsabilité de l'assurance-accidents ne saurait être plus engagée qu'elle ne l'est déjà à l'endroit du recourant. Le choix d'une activité éventuellement plus adaptée (position assise privilégiée) ne saurait a priori engendrer de modification notable du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 LAPG. Tout ce qui va suivre achève de le démontrer.

E. 8

Le recourant demande également la poursuite de la prise en charge de son cas. Sur ce point, et cela va dans le droit sens de ce qui précède, l'ensemble des médecins considère que l'état de santé est aujourd'hui stabilisé. Le fait que l'arthrose, au centre des plaintes du recourant, n'ait pas évolué le prouve. Tous les médecins, à l'instar du Dr G. _____, se refusent par ailleurs à l'opérer, voire même, pour les spécialistes de l'Hôpital de l'Ile, à poursuivre les

infiltrations. D'autres médecins, que le recourant ne consulte d'ailleurs plus, avaient à l'époque refusé de pratiquer une telle opération, que cela soit le Prof C. _____, le Dr D. _____, et même son médecin traitant au départ, le Dr B. _____, ou, après le deuxième accident, le Dr E. _____ et les spécialistes de la CRR. L'on peut dès lors bien admettre, avec la SUVA, que la rechute d'avril 2012 ne produisait plus aucun effet déjà à l'automne 2013 (date de l'examen final du médecin d'arrondissement de la SUVA, par la suite confirmé à deux reprises) et qu'il pouvait être mis fin aux prestations au 30 juin 2014.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 Seules des mesures conservatrices sont encore évoquées, comme le traitement médicamenteux instauré dès la fin de l'année 2007 (Chondrosulf) ou l'entraînement musculaire, mais elles ne sont toutefois pas de nature à améliorer cet état de santé. Elle ne visent tout au plus qu'à circonscrire l'évolution de l'arthrose, comme l'indique le Dr H. _____ : « Liest man die letzten Arztberichte vor und nach dem Fallabschluss, fällt auf, dass immer die gleichen Vorschläge zur Dauerbehandlung gemacht werden: Chondrosulf und Muskeltraining. Zwar wird auch Physiotherapie empfohlen, aber mehr als Instruktion für die Durchführung von Eigentaining zuhause, zum Beispiel Dr I. _____ im Bericht vom 14.08.2014 oder PD Dr. J. _____ im Bericht vom 05.09.2013. Diese beiden Massnahmen sind geeignet den Gesundheitszustand zu erhalten und - insbesondere Chondrosulf - das Fortschreiten der Schädigung aufzuhalten. Sie dienen auch, die restliche Arbeitsfähigkeit im Rahmen der Berentung zu erhalten » (rapport du 11 juin 2015, à l'appui des observations de la SUVA). L'on ne saurait ainsi déduire de l'offre de la SUVA de poursuivre la prise en charge du traitement médicamenteux conservateur, offre dont il s'agit au demeurant de prendre acte, que l'état du genou droit n'est pas stabilisé. Cela d'autant moins que le tableau médical est influencé par des facteurs étrangers à l'accident qui ne sont pas de nature à engager plus avant la responsabilité de l'assurance-accidents.

E. 9

Ces facteurs étrangers sont les suivants. aa) Comme il a été dit, le recourant avait été touché au niveau du genou droit lors d'un choc subi en 2001, alors qu'il jouait au football à K. _____, et qu'il lui aurait notamment valu de se voir plâtré. Cet accident plus ancien, qui a certainement d'emblée fragilisé l'état de son genou, n'engageait alors manifestement pas la responsabilité de la SUVA. Il doit ici être vu comme un facteur étranger. Il pourrait pourtant bien être, comme le suggéraient les spécialistes de la CRR, à l'origine de l'arthrose fémoro-patellaire déjà signalée au printemps 2007, soit quelques mois seulement après le premier accident annoncé, en novembre 2006, alors que le recourant n'était âgé que de 24 ans. Cette arthrose fait encore aujourd'hui partie intégrante de ses plaintes. La reprise consentie du traitement médicamenteux conservateur n'a du reste d'autre but que de la circonscrire. L'allocation de prestations de l'assurance-accidents au recourant apparaît sous cet angle comme fondamentalement généreuse, mais, faute de disposer de documents médicaux sur cet accident plus ancien, l'on ne saurait procéder à la reconsidération de la prise en charge initiale des séquelles de cette arthrose, qui, compte tenu du jeune âge du recourant, peut exceptionnellement être qualifiée de post-traumatique. Il se peut, cela étant, que cet accident de 2001 ait tout de même péjoré cette arthrose, ce qui redonnerait un sens à la prise en charge initiale du cas. bb) Après le premier accident annoncé, soit en 2007, le recourant affichait déjà un défaitisme et une passivité en soi peu susceptible de favoriser une guérison et un retour au travail: « J'ai insisté

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 pour que ce patient, défaitiste, prenne enfin en main sa réhabilitation du genou, qu'il laisse tomber les cannes, fasse sa musculation, du vélo etc. Suites locales simples, mais échec total de la reprise du travail comme maçon le 05.02.07. Aggravation de l'atrophie du quadriceps, raison pour laquelle j'ai adressé ce patient en physio » (rapport du Dr B. _____ du 29 juin 2007, dossier SUVA 16.34526.06.0, pièce 30). Il ne croyait pas du tout en la physiothérapie : « Notre assuré est d'avis que les exercices de physiothérapie appris lors de son séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR), n'apporteraient pas les résultats escomptés » (rapport SUVA du 17 janvier 2008, dossier SUVA 16.34526.06.0, pièce 71), et l'on peut ainsi douter de l'efficacité, à terme, des mesures de réentraînement musculaire préconisées par le Dr H. _____. cc) Après le deuxième accident de 2010, les spécialistes de la CRR l'ont soumis à une consultation psychiatrique qui, sans toutefois déceler de maladie avérée, n'en a pas moins révélé des signes annonciateurs d'une chronicisation : « Lors d'une consultation psychiatrique à la demande du patient, il n'est pas retenu de psychopathologie notoire, mais toutefois relevé la présence de multiples facteurs prédictifs de chronicisation, ainsi qu'une attitude générale passive, et défaitiste du patient » (rapport du 6 mai 2011, dossier SUVA 16.16961.10.8, pièce 31, p. 3). Ces derniers traits ne sauraient être mis en relation avec l'un ou l'autre des événements annoncés.

E. 10

Il découle de tout ce qui précède que la responsabilité de l'assurance-accidents n'est manifestement plus engagée vis-à-vis de la rechute annoncée en avril 2012, qui n'a généré aucune aggravation de l'état de santé. Partant, le recourant ne saurait prétendre, ni à la poursuite du versement des indemnités journalières, ni à l'augmentation de sa rente d'invalidité. Le taux d'atteinte à l'intégrité décidé à l'époque, fondé sur une arthrose qui n'a pas évolué, ne saurait non plus être revu à la hausse. Cela étant, la Cour de céans prend acte de l'offre de la SUVA de reprendre à sa charge le traitement médicamenteux conservateur censé circonscrire cette arthrose fémoro-patellaire, dont on peut toutefois se demander si elle n'existait pas déjà au moment de l'annonce du premier accident, en 2006. Quoi qu'il en soit, le recours s'avère entièrement infondé et doit être rejeté. Ses conclusions subsidiaires, visant à la mise sur pied d'une expertise judiciaire, ne sauraient par là même être suivies. Il reste à statuer sur les frais et dépens.

E. 11

La procédure étant gratuite en assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais de justice. Malgré cela, le recourant a tout de même demandé dans son mémoire à bénéficier de l'assistance judiciaire partielle pour ne pas avoir à verser d'avance de frais. Sa requête peut être considérée comme étant sans objet. Il n'est enfin pas alloué d'indemnité.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté et la décision sur opposition est confirmée. Il est pris acte de la poursuite de la prise en charge, par la SUVA, du traitement médicamenteux conservateur qui avait été instauré. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. La requête d'assistance judiciaire partielle est à cet égard sans objet. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. IV. Communication. 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 10 mars 2016 /mbo Président Greffier-stagiaire

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