

FR_GERICHTE 605 2017 234 vom 28. Februar 2023

FR Kantonsgericht, 2023-02-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_234

FR: FR_GERICHTE 605 2017 234 du 28 février 2023

IT: FR_GERICHTE 605 2017 234 del 28 febbraio 2023

Regeste

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

Erwägungen

E. 20

septembre 2017 Tribunal cantonal TC Page 2 de 26 considérant en fait A. A. _____ (le recourant), né en 1968, domicilié à B. _____, travaillait comme manœuvre en génie civil pour le compte de la société C. _____ SA. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et les accidents non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de la SUVA, à Lucerne. Le 25 janvier 2013, il a été victime d'un accident professionnel au cours duquel il s'est blessé à son genou gauche: en portant un panneau, il s'est tordu la cheville et a chuté sur les genoux sur du gravier. Il a été opéré à quatre reprises à son genou gauche: le 15 avril 2013, le 17 avril 2013, le 27 novembre 2013 et le 18 février 2016. Il a notamment bénéficié d'une bursectomie et excision d'un fragment osseux au niveau de la tubérosité tibiale du genou gauche, puis, dans un deuxième temps, une évacuation d'hématome et enfin, quelques mois après, une arthroscopie et résection au niveau du Hoffa du genou gauche. Il a tenté de reprendre son activité au service de C. _____ SA du 3 juin au 26 novembre 2013 puis du 3 février à la fin 2014, sans succès. Depuis lors, il s'est vu attester médicalement une incapacité de travail totale en raison de douleurs et d'une rigidité de son genou gauche. Sur cette base, la SUVA lui a versé des indemnités journalières. Le 20 mars 2017, le recourant a été examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA. Ce dernier a constaté l'absence d'amélioration depuis son précédent examen du 28 janvier 2016. Il a néanmoins retenu une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle ne nécessitant pas la marche sur de longs trajets, ni la montée et la descente d'escaliers, ni le maintien prolongé de la position assise ou debout. Il a en outre estimé que l'état du genou gauche était désormais stabilisé. B. Par décision du 5 juillet 2017, confirmée sur opposition le 20 septembre 2017, la SUVA a alloué au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité au taux de 5%, ainsi qu'une rente d'invalidité de 17% versée dès le 1er juillet 2017. Elle a notamment retenu que celui-ci était à même d'exercer une activité dans différents domaines de l'industrie à plein temps et avec un plein rendement. C. Contre la décision sur opposition du 20 septembre 2017, le recourant, représenté par Me Charles Guerry, avocat, interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal le 16 octobre 2017. Il conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à la SUVA, charge à cette dernière de reprendre le versement des indemnités journalières et de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire (orthopédique, neurologique et psychiatrique) puis de fixer à nouveau le degré d'invalidité et le taux de l'IPAI. A l'appui de son recours, il fait valoir que la décision attaquée retient à tort que son état de santé est stabilisé et évalue son revenu avec invalidité

sans prendre en compte les douleurs incapacitantes dont il souffre à son genou gauche. Il indique que l'état de ce genou nécessite la poursuite d'un traitement médical, sous la forme notamment d'une physiothérapie et d'une prise en Tribunal cantonal TC Page 3 de 26 charge à la consultation de la douleur. Partant, la SUVA n'était selon lui pas fondée à supprimer le droit aux prestations provisoires (indemnités journalières et prise en charge du traitement médical) à partir du 30 juin 2017. A titre subsidiaire, le recourant conteste également le refus de la SUVA de prendre en compte les douleurs à son genou gauche dans le cadre de l'évaluation de sa capacité de gain résiduelle. Il estime que cela revient à nier implicitement l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 25 janvier 2013 et les limitations fonctionnelles du genou gauche. D. Dans une correspondance du 23 janvier 2018, le recourant se réfère à une procédure parallèle concernant une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il relève que l'Office de l'assurance-invalidité a établi le 28 septembre 2017 un projet de décision niant le droit à la rente à compter du 1er juillet 2017, contre lequel il a formulé des objections le 27 octobre 2017, notamment au motif que le revenu avec invalidité y était fixé sans prendre en compte les limitations fonctionnelles découlant des douleurs à son genou gauche. Il précise qu'il a demandé dans ce cadre également des investigations médicales complémentaires sous la forme d'une expertise médicale pluridisciplinaire et qu'après avoir consulté son Service médical régional (SMR), l'Office de l'assurance-invalidité a décidé de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire (psychiatrique, neurologique et rhumatologique). Il propose dès lors que la SUVA soit invitée à indiquer si elle accepte d'annuler la décision querellée et de se joindre à la procédure d'expertise qui va être mise en œuvre par l'OAI. E. Dans ses observations du 5 février 2018, la SUVA conclut au rejet du recours, sous suite de dépens. Selon elle, les conclusions médicales retenues par les médecins de la Clinique romande de réadaptation (CRR), puis confirmées par son médecin d'arrondissement s'agissant de l'exigibilité du recourant ont entière valeur probante, de telle sorte qu'il n'y a pas lieu de solliciter une expertise externe. Elle estime que le taux d'invalidité du recourant a correctement été établi à 17%. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle considère l'avoir correctement évaluée à 5% sur la base de la table 5 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA pour une arthrose fémoro-tibiale de degré léger avec limitation de la mobilité du genou gauche. F. Dans ses contre-observations du 13 mars 2018, le recourant répète que l'existence des douleurs dès les jours suivant l'accident ainsi que leur persistance sous une forme chronique ont été attestées par tous les médecins l'ayant examiné entre le printemps 2013 et la décision de la SUVA du 5 juillet 2017. Il ajoute que, si les conclusions du médecin de la SUVA et de la CRR permettaient d'évaluer avec certitude sa capacité de travail résiduelle, l'Office de l'assurance-invalidité n'aurait pas décidé de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire comportant notamment un volet neurologique et rhumatologique. Le 3 avril 2018, le recourant produit de nouvelles pièces, notamment médicales. Dans ses ultimes remarques du 19 avril 2018, la SUVA se réfère à son mémoire de réponse du 5 février 2018 et confirme ses conclusions. G. Par ordonnance du 24 septembre 2018, constatant que l'expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, neurologie et rhumatologie) mandatée par l'Office de l'assurance-invalidité est utile pour l'établissement des faits, la Greffière déléguée à l'instruction suspend la procédure de recours jusqu'à ce que les conclusions de cette expertise soient connues. Tribunal cantonal TC Page 4 de 26 H. Le 27 novembre 2018, un premier rapport d'expertise pluridisciplinaire est établi dans la procédure relative à l'assurance-invalidité. Les experts retiennent une incapacité totale de travail, au moins depuis le 14 mars 2014. Remettant en

cause la valeur probante de l'expertise dans son volet psychiatrique, l'Office de l'assurance-invalidité ordonne toutefois une nouvelle évaluation psychiatrique, puis finalement une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Le 2 juillet 2020, un second rapport pluridisciplinaire est établi dans la procédure relative à l'assurance-invalidité. Les experts retiennent une incapacité totale de travail de 2013 à mars 2017 en raison de la pathologie au genou gauche, puis une nouvelle incapacité totale de travail depuis novembre 2017 pour des motifs psychiatriques, celle-ci s'étant poursuivie jusqu'à la date de l'expertise au plus tard, à partir de laquelle une capacité de travail de 50% est recouvrée dans une activité adaptée. Le 5 juillet 2021, se référant au nouveau rapport d'expertise pluridisciplinaire du 2 juillet 2020 et à différentes déterminations et autres éléments y faisant suite, notamment deux compléments d'expertise, le Juge délégué à l'instruction ordonne la reprise de la procédure de recours relative à l'assurance-accidents. Par courrier du 15 septembre 2021, il rejette ensuite une nouvelle demande de suspension de la procédure. Il précise toutefois que, dès que l'Office de l'assurance-invalidité aura rendu sa décision relative à la rente, un nouveau délai sera imparti au recourant pour déposer des observations complémentaires. Le 29 mars 2022, l'Office de l'assurance-invalidité rend sa décision par laquelle il reconnaît le droit une rente entière du 1er janvier 2014 au 31 mars 2017, puis du 1er novembre 2018 au 31 mai 2020, ainsi qu'une demi-rente à partir du 1er juin 2020. Le recourant conteste également cette décision, par recours du 2 mai 2022. Cette procédure relative à l'assurance-invalidité fait l'objet d'un arrêt séparé de ce jour (cause 605 2022 72). I. Le 2 juin 2022, dans le délai imparti et prolongé à cet effet, le recourant dépose une détermination complémentaire dans la présente procédure de recours relative à l'assurance-accidents. Il relève que, dans son recours du 2 mai 2022 concernant l'assurance-invalidité, il conclut à l'octroi d'une rente entière dès le 1er juin 2014, y compris pour la période du 1er avril 2017 au 31 octobre 2018 et sans réduction dès le 1er juin 2020. Il critique ensuite le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 4 juin 2020, reprochant notamment aux experts d'avoir retenu une sensible amélioration de l'état du genou gauche à partir du mois d'avril 2017, sans l'expliquer. Il soutient qu'il faudrait plutôt se référer au volet rhumatologique du premier rapport d'expertise pluridisciplinaire du 27 novembre 2018 dans lequel le spécialiste avait retenu que les troubles du genou permettaient une reprise du travail à 20% du 1er novembre 2017 au 13 septembre 2018, à raison de 3 heures par jour sur quatre jours du 14 septembre 2018 au 14 octobre 2018 et à raison de 4 heures par jour sur quatre jours dès le 15 octobre 2018. Il affirme par ailleurs que les troubles psychiques sont également en lien de causalité avec l'accident du 28 janvier 2013. En conséquence, il conclut désormais à l'octroi d'une rente de l'assurance-accidents calculée sur la base d'un taux d'invalidité de 100% dès le 1er juillet 2017, ainsi qu'au renvoi de la cause à la SUVA pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. J. Dans sa détermination du 15 juillet 2022, la SUVA confirme sa position relative à la stabilisation de l'état de santé du recourant et à la récupération d'une pleine capacité de travail Tribunal cantonal TC Page 5 de 26 dans une activité adaptée à partir de mars 2017. Elle conteste par ailleurs tout lien de causalité entre l'accident assuré et les troubles psychiques. Elle maintient en conséquence ses conclusions. K. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Recevabilité. 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. Règles générales relatives au droit à des

prestations de l'assurance-accidents. 2.1. En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), 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. Un assuré a droit aux prestations de l'assurance-accidents (art. 6 LAA) si l'événement annoncé constitue un accident au sens de l'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ou une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.02). 2.2. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose d'abord un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, le seul fait que des symptômes douloureux se sont manifestés uniquement après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc") (arrêts TF 8C_97/2021 du 11 juin 2021 consid. 3.2, 8C_348/2020 du 7 juin 2021 consid. 4.2, 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 6.2.3.2, et les références citées). 2.3. 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 Tribunal cantonal TC Page 6 de 26 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). 2.4. En présence d'une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident, la causalité ne pouvant être admise que si l'accident revêt une importance déterminante dans la survenance d'une incapacité de travail due à l'atteinte psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (arrêt 8C_540/2018 du 22 juillet 2019 consid. 4.2 et les références : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères.

Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves.

2.5. L'analyse du lien de causalité est encore différente en cas de syndrome douloureux régional complexe (ou complex regional pain syndrome [CRPS]). Anciennement nommé algodystrophie ou maladie de Sudeck, ce syndrome a été retenu en 1994 par un groupe de travail de l'International Association for the Study of Pain (IASP). Il constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis. L'IASP a aussi réalisé un consensus diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, de critères dits de Budapest. Ces critères sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques. Leur introduction a réduit de moitié les diagnostics de CRPS. Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle entre un accident et un CRPS, il est déterminant que l'on puisse conclure, en se fondant sur les constats médicaux effectués en temps réels, que la personne concernée a présenté, au moins Tribunal cantonal TC Page 7 de 26 partiellement, des symptômes typiques du CRPS durant une période de latence de six à huit semaines après l'accident (arrêts TF 8C_164/2020 du 1er mars 2021 consid. 3, 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.2.3, et les références).

3. Règles relatives au droit à une rente d'invalidité

3.1. Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical, le droit à l'indemnité journalière, le droit à la rente d'invalidité et le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3.2. A teneur de 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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Aux termes 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. A teneur de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

3.3. Selon 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.

3.4. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. C'est la méthode générale de comparaison des revenus (arrêts TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1, 8C_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.2, et les références citées).

3.4.1. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. 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 la personne assurée avant l'atteinte à la santé (arrêts TF 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.1, 8C_643/2016 du

E. 25

avril 2017 consid. 4.2, et les références citées). 3.4.2. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou Tribunal cantonal TC Page 8 de 26 alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ci-après: DPT) qui étaient établies par la Suva selon une pratique désormais abandonnée (voir arrêt TF 9C_140/2017 précité consid. 5.4.1 et la référence citée). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. L'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art.16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 et les références citées). Dans les cas où le revenu d'invalide était déterminé sur la base des anciennes DPT de la SUVA, le Tribunal fédéral exigeait, en sus de la production d'au moins cinq DPT, 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 devaient être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Par ailleurs, lorsque le revenu d'invalide était déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'était ni justifiée, ni admissible (ATF 129 V 472).

4. Règles relatives à l'appréciation des preuves 4.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur Tribunal cantonal TC Page

9 de 26 obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 4.2. Pour accorder pleine valeur probante à un rapport médical, il est nécessaire que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien motivées (RAMA 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 157 et les références citées). 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 motivés (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 4.3. Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Tribunal cantonal TC Page 10 de 26 5. Questions litigieuses Dans son recours du 16 octobre 2017, le recourant contestait la stabilisation de son état de santé fixée au 30 juin 2017 et par conséquent la fin

du droit à l'indemnité journalière avec effet à la même date. Dans sa détermination complémentaire du 2 juin 2022, il modifie toutefois ses conclusions dans le sens qu'il conclut désormais à l'octroi d'une rente calculée sur la base d'un taux d'invalidité de 100% dès le 1er juillet 2017 et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité à fixer suite à une instruction complémentaire. Il en résulte que la stabilisation de l'état de santé au 30 juin 2017 n'est plus contestée. Le litige ne porte désormais plus que sur la fixation du taux de la rente d'invalidité octroyée à partir du 1er juillet 2017, ainsi que sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

6. Discussion sur le taux de la rente

6.1. La SUVA a fixé le taux de la rente d'invalidité octroyée au recourant à partir du 1er juillet 2017 à 17% sur la base d'un revenu d'invalidé de CHF 63'678.- et d'un revenu sans invalidité de CHF 76'221.-. Pour fixer le revenu de CHF 63'678.- encore réalisable malgré l'atteinte à la santé, la SUVA a considéré que le recourant était capable d'exercer à plein temps et avec un plein rendement une activité dans différents domaines de l'industrie, respectant les limitations suivantes : pas de marche sur de longs trajets, pas de maintien prolongé de la position assise ou debout, pas de montée ou descente d'escaliers ou d'échelles. Elle s'est ensuite référée aux revenus de référence ressortant de postes correspondant, conformément au système des DPT (consid. 3.4.2). Le recourant ne conteste pas, en tant que tel, le montant de CHF 63'678.- retenu pour l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations, à plein temps et avec un plein rendement. Dans sa détermination complémentaire du 2 juin 2022, il estime toutefois que, même dans une telle activité, il a subi en raison de l'état de son genou gauche une incapacité de travail de 100% du 1er juillet 2017 au 31 octobre 2017, réduite à 80% du 1er novembre 2017 au 13 septembre 2018, à un peu plus de 70% (capacité de travail de 12 heures par semaine) du 14 septembre 2018 au 14 octobre 2018 et à un peu plus de 60% dès le 15 octobre 2018 (capacité de travail de 16 heures par semaine). Il ajoute qu'en prenant en considération l'impact de ses troubles psychiques, il a subi selon lui une incapacité de travail totale dès le 1er juillet 2017. Il convient dès lors d'examiner dans un premier temps quelles sont les atteintes à la santé du recourant qui sont en lien de causalité avec l'accident de janvier 2013 et, dans un deuxième temps, d'évaluer les conséquences de ces atteintes sur la capacité de travail et de gain du recourant. A cet effet, il y a lieu de se référer à l'évolution de l'état de santé du recourant à partir de l'accident en question.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 26

6.2. L'évolution suivante ressort en particulier des rapports médicaux figurant au dossier.

6.2.1. Accident suites jusqu'au printemps 2014

Le recourant s'est blessé le 25 janvier 2013 à son genou gauche en chutant sur les genoux sur du gravier. Il a subi une fracture parcellaire de la tubérosité tibiale antérieure du genou gauche, suivie d'une bursite pré-patellaire secondaire. Il a été opéré le 15 avril 2013. En raison du développement d'un hématome du site opératoire, il a été réopéré pour évacuer l'hématome et parer la plaie (voir lettre de sortie du 18 avril 2013 du Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique; dossier SUVA p. 22). L'évolution a d'abord été qualifiée de bonne avec des douleurs de moins en moins présentes et une marche possible, sans canne et sans boiterie. Le recourant a même repris temporairement le travail à 50% le 10 juin 2013 (dossier SUVA p. 27, 46). Des douleurs au genou gauche ont subsisté, avec une mobilité réduite et des difficultés à la marche (voir not. rapports de Prof. Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique; dossier SUVA p. 32 et 65). Puis, le recourant a bénéficié le 27 novembre 2013 d'une arthroscopie qui a servi à mettre à plat un kyste dans le corps de Hoffa, à savoir dans la masse graisseuse située dans la partie antérieure du genou. Suite à celle-ci, son genou gauche et une partie de la jambe au-dessous de ce genou ont enflé et il a dû marcher avec des béquilles. A fin janvier 2014, il a marché à nouveau sans canne, avec

toutefois une boiterie du membre inférieur gauche et une symptomatologie douloureuse persistante en regard de la tubérosité tibiale antérieure, site de la toute première opération (voir not. rapport de Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, dossier SUVA p. 108). Le 3 février 2014, il a pu reprendre son activité professionnelle à 50% (dossier SUVA p. 101). Par la suite, des douleurs ont persisté. Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a notamment mis en évidence une double douleur antérieure du genou avec une composante neuropathique selon lui très certaine sur le nerf saphène interne, en lien avec une branche qui a été sectionnée lors de la chirurgie primaire de révision de la tubérosité tibiale antérieure, et une composante mécanique rétro-patellaire impliquant la chaîne latérale. Il a proposé un traitement antalgique et indiqué que le recourant serait adressé auprès de médecins anesthésistes en vue de gérer la douleur, avec une éventuelle infiltration (dossier SUVA p. 126, 174). Se déterminant sur ce rapport, Dr H. _____, médecin conseil de la SUVA, s'est prononcé le 14 mai 2014 en indiquant notamment que le traitement était en cours et qu'il était trop tôt pour poser un pronostic de reprise dans l'activité de constructeur de route (dossier SUVA p. 127).

6.2.2. Survenance d'une problématique psychique Lors d'une discussion téléphonique du 14 mars 2014, I. _____, psychologue, travaillant sur délégation de Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, informe la SUVA qu'elle suit le recourant « dans le cadre de son accident ». Elle indique que suite à cet événement, son patient a développé une dépression post-réactionnelle, qu'il est angoissé quant à la poursuite de son emploi, qu'il souffre de troubles du sommeil et de troubles de la concentration. Une thérapie Tribunal cantonal TC Page 12 de 26 cognitive comportementale est en cours, avec pour but d'ôter les idées noires et travailler sur cet avenir incertain (dossier SUVA p. 114). Dans un rapport du 3 juin 2014, I. _____ précise qu'elle a pris en charge le recourant le 14 mars 2014, dans un état dépressif majeur qui aurait requis un arrêt de travail à 100%, avec des troubles importants du sommeil, une baisse forte de l'appétit, des troubles de la concentration et de la mémoire ainsi que des idées suicidaires massives. Selon son patient, cet état s'est installé lentement suite à son accident de travail et l'opération « malchanceuse » qui a suivi et qui a nécessité d'autres interventions, sans grande amélioration. Une médication a été immédiatement installée pour améliorer le sommeil et diminuer l'état dépressif, avec un accompagnement psychologique, ce qui a permis une bonne évolution de la santé psychique. Un soutien psychologique régulier reste toutefois nécessaire selon elle, notamment pour affronter les changements professionnels probables (dossier SUVA p. 129).

6.2.3. Séjours à la Clinique romande de réadaptation et suites Suite à la recommandation des chirurgiens pour un traitement antalgique, Dr K. _____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur s'est prononcé le

E. 26

mai 2014. Il a notamment fait état de douleurs neuropathiques du nerf saphène gauche, d'une chondropathie fémoro-patellaire gauche et d'une faiblesse du membre inférieur gauche sur probable lésion du nerf sciatique (dossier SUVA p. 184). En parallèle, le 4 juin 2014, Dr L. _____, spécialiste en neurologie, a confirmé la suspicion d'une neuropathie de la sciatique gauche. Il a par ailleurs relevé que les douleurs neuropathiques décrites par le patient dépassaient le territoire du nerf sciatique gauche, ouvrant le diagnostic d'un éventuel CRPS, sous réserve du fait qu'il n'avait pas pu examiner le patient en phase aiguë (dossier SUVA p. 182). Le 27 juin 2014, Dr F. _____, chirurgien traitant, a constaté que son patient est désormais à distance de sa prise en charge chirurgicale, qu'il a effectué

quelques infiltrations qui ont permis une courte période rémission, mais que la symptomatologie liée à l'atteinte au nerf saphène semblait à nouveau se faire ressentir. Il confirme une capacité de travail limitée à 50% et propose à la SUVA une évaluation dans le cadre d'un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR), à Sion (dossier SUVA p. 137). Le recourant a séjourné à la CRR du 20 août 2014 au 16 septembre 2014. Dans son rapport du 9 octobre 2014, Dr M. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et médecin à la Clinique romande de réadaptation (CRR), relève notamment que les limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour, mais que des facteurs contextuels tels qu'un patient centré sur les douleurs, démonstratif, jouent également un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influencent défavorablement le retour au travail. Une composante psychogène de la symptomatologie douloureuse n'est de plus selon lui pas exclue chez un patient émotif et fragilisé dans son estime de soi. A cet égard, il qualifie la participation du patient aux thérapies comme moyenne en précisant que celui-ci se montre ponctuel mais qu'il est à tel point centré sur la douleur du genou gauche qu'il n'a pas été possible de mettre sur pied un programme de rééducation fonctionnelle qui se tienne. Des incohérences sont par ailleurs relevées, sous la forme de discordances entre le testing musculaire et les aptitudes fonctionnelles du patient dans Tribunal cantonal TC Page 13 de 26 les activités de la vie quotidienne. Les limitations fonctionnelles suivantes sont provisoirement retenues : longs trajets, terrains irréguliers, escaliers, échelles, positions contraignantes pour le genou, ports de charges lourdes (dossier SUVA p. 159). Dans son rapport du 19 septembre 2014 portant sur une évaluation de la thymie, Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de la CRR, pose le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive (F43.21). Il mentionne également des troubles du sommeil. Il retient aussi qu'une composante psychogène à la symptomatologie douloureuse n'est pas exclue chez un patient émotif et fragilisé dans son estime de soi. Il ajoute que, malgré des progrès durant le séjour inférieurs aux attentes, le recourant peut se projeter dans la reprise à temps partiel d'une activité auprès de son employeur, en mettant beaucoup d'espoir dans des mesures de reconversion professionnelle comme chauffeur (dossier SUVA p. 159). Puis, consulté une nouvelle fois, Dr G. _____ relève à nouveau la douleur neuropathique dans son rapport du 13 novembre 2014. Il propose une courte hospitalisation en vue d'un traitement antalgique spécifique à l'aide d'un cathéter (dossier SUVA p. 174). Dans son rapport du 21 janvier 2015 faisant suite au traitement en question, ce médecin constate que malgré une antalgie adéquate par cathéter, ayant permis la disparition de la douleur neuropathique, son patient n'a pas pu générer une force suffisante sur le dynamomètre pour que l'on puisse recommander un travail de renforcement et en attendre une amélioration suffisante pour maintenir l'emploi actuel (dossier SUVA p. 197). En parallèle, se fondant notamment sur un rapport du 4 juin 2014 de Dr L. _____, spécialiste en neurologie, Dre O. _____, spécialiste en médecine générale, médecin traitante, a établi le 21 novembre 2014 un rapport à l'attention de la SUVA. Elle y mentionne en particulier être frappée par la « discrédance » entre les plaintes de son patient qui apparaissent essentiellement mécaniques et l'orientation neurologique, voire psychosomatique donnée au traitement. Elle soutient que la plainte essentielle qui cause l'invalidité est un blocage de la flexion du genou gauche en charge qui reste inexpliqué et qui devrait faire l'objet d'un nouveau regard. Elle ajoute que la situation de son patient ne concerne pas seulement un problème de genou, mais que celui-ci, dans une constellation familiale difficile, met toute sa fierté et son énergie dans le fait de pouvoir par son travail

soutenir sa famille et permettre à ses cinq enfants de faire une bonne formation professionnelle, avec pour conséquence que l'incertitude concernant son avenir professionnel pèse particulièrement lourd (dossier SUVA p. 186). Puis, le 25 avril 2015, après avoir examiné le recourant sur demande de sa généraliste traitante, Dr P. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, a relevé que le recourant se déplaçait désormais avec deux cannes et que la mobilité du genou gauche était diminuée à 100° en flexion, malgré l'absence d'épanchement ou de souris articulaire. Il a constaté ainsi l'existence d'une invalidité fonctionnelle, sans être en mesure de proposer d'autres mesures que des injections de viscosupplémentation (dossier SUVA p. 222). Dans son examen médical du 9 juillet 2015, Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la SUVA, revient quant à lui sur l'évolution de l'atteinte au genou gauche du recourant. Il constate notamment que celui-ci se présente avec deux cannes anglaises et que la marche sans canne s'effectue avec une boiterie et une extension incomplète du genou. Il note en particulier qu'une IRM réalisée en octobre 2014 met en évidence quelques signes chondropathie fémoro-patellaire, ainsi qu'une méniscopathie postéro-interne et externe. Il en déduit que le tableau évolutif défavorable actuel pourrait s'expliquer par un status adhérentiel Tribunal cantonal TC Page 14 de 26 rétro-patellaire du genou associé à la chondropathie rotulienne et à la méniscopathie interne décrites à l'IRM. Au vu de l'échec des mesures conservatrices, il pose la question de l'indication à une toilette arthroscopique du genou, éventuellement associée à un geste de la rotule (libération de l'aileron externe). Il conclut en indiquant que l'incapacité de travail reste à ce moment entière, le pronostic étant réservé quant au retour à une pleine capacité de travail sur les chantiers (dossier SUVA p. 232). Suite à la recommandation du médecin d'arrondissement, le recourant a consulté Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, qui a établi un rapport le 7 octobre 2015. Il y indique être frappé par les importantes douleurs qui sont particulièrement disproportionnées par rapport au status local et à l'imagerie. Après réalisation d'une scintigraphie qui ne démontre aucun signe d'atteinte inflammatoire osseuse ou articulaire et aucun signe de surcharge mécanique, il estime très peu probable que les importantes douleurs du recourant aient une origine mécanique. Il propose plutôt une prise en charge sérieuse dans un centre pluridisciplinaire de la douleur (dossier SUVA p. 254). Dans un deuxième temps, le 13 janvier 2016, il propose toutefois également une mobilisation sous narcose pour améliorer la mobilité (dossier SUVA p. 265). Suite à cette opération réalisée le 18 février 2016, le recourant a gagné en mobilité mais les douleurs ont persisté. Il a continué à se déplacer avec des béquilles hors de son domicile (dossier SUVA p. 271, 279). Le 1er juillet 2016, Dr S. _____, spécialiste en neurochirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que l'évolution n'était pas satisfaisante (dossier SUVA p. 284). Un nouveau séjour à la CRR a été proposé (dossier p. 304). Après ce séjour du 8 novembre 2016 au 14 décembre 2016, Dr T. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès de la CRR, a mis en évidence le 3 février 2017 que le recourant sous-estimait quelque peu le niveau d'activité qu'il pouvait réaliser, qu'il restait limité pour la marche sur de longs trajets, le maintien prolongé de position assise ou debout, ainsi que la montée et la descente d'escaliers et d'échelles. Il a précisé qu'une stabilisation médicale était attendue à deux mois de sortie de la CRR. Sur cette base, dans le consilium de l'appareil locomoteur du 23 novembre 2016, Dr M. _____ indique que, du point de vue thérapeutique, aucune intervention ou geste invasif ou semi-invasif n'est à même de changer la situation du patient et qu'il est important de le rassurer sur l'état de son genou et d'essayer de l'accompagner

dans une reprise progressive d'activité et de mobilisation fonctionnelle du genou. Selon lui, des facteurs extra-médicaux semblent prédominants et avoir une influence négative sur le handicap fonctionnel perçu et les limitations fonctionnelles démontrées par le patient (dossier SUVA p. 328). Dans son rapport du 9 février 2017 basé sur une consultation du 9 novembre 2016 portant sur l'évolution de la situation au niveau psychique, Dr U. _____, psychiatre auprès de la CRR, fait état que le recourant souffre d'un épisode dépressif modéré à l'admission, qui s'est quelque peu amélioré au cours de son séjour. Le recourant continue à bénéficier d'un soutien psychothérapeutique, considéré comme primordial. Cela étant, le psychiatre relève qu'il arrive à formuler des objectifs et que la question de l'incapacité de travail du point de vue psychique paraît être circulaire : un emploi tant soit peu valorisant, compatible avec les gonalgies, permettrait sans doute au recourant de surmonter son épisode dépressif. En effet, il a les ressources nécessaires pour y arriver, à condition qu'il puisse être soutenu dans ses démarches et compris dans sa souffrance (dossier SUVA p. 328).

6.2.4. Rapports de la médecin d'arrondissement de la SUVA et nouveaux rapports des médecins traitants

Dans son rapport d'examen final du 20 mars 2017, Dre V. _____, spécialiste en neurochirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, mentionne que sur la base des documents médicaux à disposition et du bilan de ce jour, la situation est stabilisée. Elle indique qu'elle a expliqué au recourant que la poursuite de la physiothérapie peut être progressivement remplacée par des auto-exercices à apprendre durant les prochains 3 mois et que, plus de 4 ans après l'accident, ces mesures ne sont plus considérées comme efficaces pour améliorer l'état du genou gauche de manière significative. Il n'y a plus de traitement concernant le genou gauche prévu et indiqué. Au niveau de l'exigibilité, la médecin d'arrondissement estime la capacité de travail à 0% dans l'ancien travail. Par contre, dans un travail adapté respectant les limitations formulées par la CRR, la capacité de travail est estimée à 100% (horaire et rendement), avec les limitations sont les suivantes: marche sur de longs trajets, maintien prolongé de la position assise ou debout, montée ou descente d'escaliers et d'échelles (dossier SUVA p. 338).

Le 23 mars 2017, Dre W. _____, spécialiste en médecine interne générale, pose quant à elle le diagnostic d'un CRPS du genou gauche. Elle indique procéder une fois par semaine à des infiltrations avec des anesthésiques locaux permettant de soulager la douleur et de potentialiser la physiothérapie intensive, tout en poursuivant le traitement antalgique per os. Elle précise que son patient est motivé car le physiothérapeute qui l'a suivi jusqu'à présent a pu mettre en évidence l'évolution positive bien que lente (dossier SUVA p. 347).

Dans son appréciation complémentaire du 7 juin 2017, Dre V. _____ relève qu'il n'y avait pas de diagnostic de CRPS confirmé lors de l'évaluation multidisciplinaire à la CRR selon les critères de Budapest. Par ailleurs, il n'y a selon elle pas de nouveaux éléments médicaux susceptibles de modifier l'exigibilité du 20 mars 2017. Elle maintient que la situation médicale est stabilisée.

6.2.5. Rapport médicaux produits pendant la procédure d'opposition et de recours.

Dans son rapport du 25 août 2017, établi pendant la procédure d'opposition à la décision du 5 juillet 2017 reconnaissant notamment le droit à une rente d'invalidité de 17% dès le 1er juillet 2017, Dr R. _____, chirurgien traitant, mentionne que, depuis les opérations, l'évolution n'a plus jamais été favorable, avec persistance de douleurs importantes au niveau de ce genou et développement d'un syndrome douloureux régional, résistant à toute forme de traitement, les seuls traitements qui permettraient une amélioration étant les infiltrations locales au niveau du nerf fémoral. Au vu de l'importance des douleurs, le patient a développé une importante raideur articulaire qui a nécessité une mobilisation sous narcose en février 2016. Avec la mobilisation et

l'arthroscopie effectuée dans le même temps opératoire, il a récupéré une mobilité passive complète de ce genou. Il est uniquement handicapé par l'importance des douleurs, mais mécaniquement il n'y a pas de blocage au niveau de ce genou. En revanche, il doit absolument maintenir une physiothérapie d'entretien sans quoi il y aura une nouvelle péjoration de la mobilité de ce genou. Le chirurgien traitant rejoint en cela l'avis de ses collègues de la CRR qui proposent de poursuivre cette prise en charge sur du long terme. Il ajoute que son patient bénéficie également d'une prise en charge à la consultation de la douleur de la Clinique X. _____, suivi qui soulage énormément ses symptômes et qu'il considère indispensable. Il conclut en affirmant qu'un résultat définitif n'a pas été obtenu, dans la mesure où son patient voit une amélioration avec les traitements actuels, autant au niveau des symptômes que de la mobilité, dans la vie de tous les jours (dossier p. 374). Tribunal cantonal TC Page 16 de 26 Le 16 novembre 2017, Y. _____, physiothérapeute traitante, atteste une évolution lente, mais positive, avec le traitement suivant : « mobilisation passive/assistive hanche genou cheville gauche, travail isométrique des muscles quadriceps, psoas, ischio-jambiers et triceps sural, électrostimulation du muscle quadriceps (à domicile), rééducation à la marche sans cannes, postures, étirements et mobilisation du membre inférieur droit et de la région lombaire » (dossier AI p. 1037). Elle fait notamment état d'une mobilité du genou qui s'est stabilisée à 105 degrés, ainsi que d'une nette amélioration de la force à un niveau 2+ sur une échelle de 5, avec pour une influence positive sur la marche : son patient tient notamment sa jambe dans l'axe et déroule mieux le pas, bien qu'il ne puisse toujours pas se passer de ses cannes, la faiblesse de son quadriceps entraînant un trop grand risque de lâchage. Dans leurs rapports des 14 mars 2018 et 15 mars 2018, les médecins traitants du recourant, soit le chirurgien, la spécialiste de la douleur et le psychiatre – respectivement la psychologue – ont tous attesté que leur patient ne pouvait travailler dans une activité adaptée qu'à un taux limité à 20%, avec une évolution possible. 6.2.6. Expertise pluridisciplinaire du 27 novembre 2018 et suites Dans le cadre de l'instruction de la demande de rente du recourant, l'Office de l'assurance- invalidité a fait réaliser une première expertise pluridisciplinaire psychiatrique, neurologique et rhumatologique, dont le rapport a été établi le 27 novembre 2018 (dossier AI p. 877). Dans leur évaluation consensuelle, les experts retiennent les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F33.2), de syndrome algodystrophique du genou gauche post-traumatique et chirurgical et de neuropathies post- traumatiques du nerf saphène gauche et du nerf tibial gauche. Au plan somatique, ils fixent la capacité de travail dans une activité adaptée à 20% au 11 novembre 2017, 28 % (3 heures par jour sur 4 jours) dès le moment de l'expertise et 38% (4 heures par jour sur 4 jours avec un quart d'heure de pause toutes les deux heures) un mois plus tard. Du point de vue psychiatrique, ils considèrent toutefois que le recourant n'a plus de ressources, qu'il est submergé par les angoisses, par un vécu fort d'un état douloureux incurable et par une symptomatologie dépressive sévère. Le tableau clinique est dans ce sens incompatible avec toute activité professionnelle, même la vie quotidienne étant très restreinte. Sur cette base, ils retiennent une incapacité de travail totale depuis au moins le 14 mars 2014, avec un pronostic sombre. Dr Z. _____, spécialiste en anesthésiologie, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) se prononce le 5 décembre 2018 sur le rapport pluridisciplinaire. Il est d'avis que l'évaluation psychiatrique est lacunaire et que les conclusions de l'expertise ne peuvent être validées en l'état, au motif que le diagnostic psychiatrique attesté n'est pas médicalement démontré comme conforme aux critères d'une classification internationale reconnue et que si ce

diagnostic était avéré, la prise en charge médicale actuelle serait alors clairement insuffisante (dossier AI p. 927). Par courrier du 13 mai 2019, l'Office de l'assurance-invalidité indique qu'il a d'abord envisagé de faire procéder à une nouvelle expertise limitée au plan psychique, mais qu'en raison du caractère prospectif et peu précis de l'exigibilité retenue sous l'angle somatique par l'expertise du

E. 27

novembre 2018, la réalisation d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, neurologie, rhumatologie, médecine interne) s'impose (dossier AI p. 968). Tribunal cantonal TC Page 17 de 26 Dr Z._____, médecin SMR, donne son avis le 14 juin 2019. Il indique que le recourant respecte un suivi psychiatrique régulier, à raison de deux consultations par mois, ce qui est minimal pour un « épisode dépressif sévère », que la compliance médicamenteuse est correcte que l'évolution clinique n'est pour le reste pas connue, sous réserve d'une incapacité de travail de 80% qui continue à être attestée par le psychiatre traitant (dossier AI p. 1000). Le 22 août 2019, Y._____, physiothérapeute traitante, atteste une évolution lente, mais concrète, avec le traitement suivant, superposable à celui décrit en novembre 2017 : « mobilisation passive/assistive hanche genou cheville gauche, travail isométrique des muscles quadriceps, psoas, ischio-jambiers et triceps sural, électrostimulation du muscle quadriceps (à domicile), rééducation à la marche sans cannes, postures, étirements et mobilisation du membre inférieur droit et de la région lombaire » (dossier AI p. 1027; dans le même sens, voir également le rapport du 6 mai 2019, dossier AI p. 1029). Elle précise notamment que l'amélioration de la force et des douleurs permet désormais à son patient de marcher sans cannes à domicile, avec son genou verrouillé, mais néanmoins une amélioration du « déroulé du pas ». Dans un rapport du 30 septembre 2019 rédigé sur formulaire de l'assurance-invalidité, Dr R._____, chirurgien traitant atteste lui aussi une capacité de travail limitée, tant dans l'ancienne activité du recourant que dans une activité adaptée à ses limitations (pas de station debout prolongée, pas de station assise prolongée, pas de port de charge, pas de montée ou descente d'escaliers et pas de travail dans les environnements froids ou humides; nécessité de changements réguliers de position). Il précise que l'incapacité de travail était totale jusqu'à fin février 2018. Cette capacité très réduite à partir de mars 2018 est expliquée par la persistance d'une raideur articulaire avec douleurs névralgiques et par une amyotrophie musculaire du quadriceps, cette seconde atteinte étant en amélioration (dossier AI p. 1022; dans le même sens, voir également le rapport du 22 novembre 2019, dossier AI p. 1145). Le 28 mai 2020, AA._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, a établi un rapport à l'attention de la neurologue traitante du recourant. Elle y fait état des diagnostics suivants: trouble neurocognitif majeur d'intensité légère à prédominance mnésique et exécutive, avec une étiologie vasculaire probable; humeur anxio-dépressive; douleurs chroniques (dossier AI p. 1204).

6.2.7. Expertise pluridisciplinaire du 2 juillet 2020 et suites

La seconde expertise pluridisciplinaire demandée par l'Office de l'assurance-invalidité au printemps 2019 a finalement été réalisée au printemps 2020 et a fait l'objet d'un rapport du 2 juillet 2020 établi par des spécialistes en médecine interne, psychiatrie, rhumatologie et neurologie de AB._____ du Centre AC._____, à Lausanne (dossier AI p. 1210). Dans leur évaluation consensuelle, les experts retiennent les diagnostics suivants : état dépressif, épisode actuel moyen (F32.1) ; syndrome douloureux chronique avec gonalgies gauches chroniques d'étiologie indéterminée et syndrome douloureux du membre inférieur gauche avec pseudo-parésie, troubles sensitifs mal systématisés, d'étiologie indéterminée ; discrète polyneuropathie d'origine indéterminée, plutôt axonale longueur dépendante ;

cardiomyopathie hypokinétique non dilatée avec FEVG légèrement diminuée. Ils précisent ensuite que les opérations au genou gauche limitent sa capacité de travail à une activité physique légère, en position assise, avec possibilité d'alterner la position du genou gauche, sans position accroupie ou à genou, ni appui monopodal gauche, sans marche en terrain irrégulier. La polyneuropathie n'entraîne selon les experts pas de limitation fonctionnelle. Il en va de même du syndrome d'apnée Tribunal cantonal TC Page 18 de 26 du sommeil appareillé. Quant à la cardiomyopathie, elle exclut une activité lourde. Enfin, du point de vue psychique, la fatigabilité et les difficultés de concentration diminuent la capacité de planification et de structuration des tâches, la capacité de l'usage des compétences spécifique, ainsi que les activités spontanées et l'endurance. L'irritabilité diminue la capacité de flexibilité et d'adaptation. Et la baisse d'estime de soi diminue la capacité à s'affirmer et à prendre des décisions. Les experts retiennent ensuite en résumé que le recourant a une personnalité équilibrée et structurée, qu'il a récupéré certaines ressources personnelles avec l'amélioration de son état dépressif et qu'il dispose d'un bon réseau familial et amical. Sous l'angle du contrôle de cohérence, ils constatent du point de vue somatique un hiatus entre ses plaintes et l'absence de lésion organique significative. Ils relèvent également que l'ensemble des domaines de la vie n'est pas uniformément impacté par les limitations fonctionnelles (participation aux tâches ménagères, activités avec les enfants, vacances), qu'il n'y a pas d'isolement social et que l'entente familiale est harmonieuse. Sur cette base, les experts estiment que la capacité de travail du recourant est nulle dans l'activité habituelle d'ouvrier de la construction mais qu'elle est de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ils précisent ce qui suit sur l'évolution de cette capacité : « La pathologie du genou gauche a été considérée comme totalement incapacitante par la SUVA jusqu'en mars 2017 où la situation médicale a été jugée stabilisée et la capacité de travail jugée entière dans une activité adaptée. La pathologie cardiaque n'a pas occasionné d'incapacité de travail durable. L'état dépressif est considéré sur la base de la documentation à disposition comme de sévérité légère sans répercussion sur la capacité de travail de 2014 à novembre 2017. En novembre 2017, l'état psychique s'est dégradé avec un épisode dépressif considéré alors comme sévère à l'origine d'une disparition des ressources de l'assuré et donc d'une incapacité de travail totale. Cet état dépressif semble ensuite s'être amélioré à partir d'août 2018 avec la reprise d'une activité de type occupationnel. Actuellement nous constatons un état dépressif de sévérité moyenne avec amélioration des ressources. [...]. La capacité de travail est encore susceptible de s'améliorer. Une réévaluation dans six mois – un an est suggérée ». Complétant le rapport d'expertise le 27 octobre 2020, la spécialiste en médecine interne a précisé que le recourant a été en incapacité de travail totale pour sa pathologie du genou gauche de 2013 jusqu'en mars 2017 (date de stabilisation retenue par la SUVA), qu'il a récupéré à partir de mars 2017 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et qu'en novembre 2017 une nouvelle incapacité de travail totale de nature psychiatrique a débuté et s'est poursuivie jusqu'au plus tard à la date de l'expertise, moment où la capacité de travail est estimée à 50%, à savoir un mi-temps avec un plein rendement (dossier AI p. 1284). Dans un projet de décision du 4 décembre 2020, l'Office de l'assurance-invalidité a envisagé d'octroyer au recourant le droit à une rente entière du 1er janvier 2014 au 31 mars 2017, puis du 1er novembre 2018 au 31 mai 2020, ainsi qu'à une demi-rente à partir du 1er juin 2020 (dossier AI p. 1292). Agissant par son mandataire, le recourant a déposé le 9 février 2021 des objections à ce projet de décision. Se référant plus particulièrement à des rapports établis par ses médecins traitants, soit la spécialiste de la douleur et le psychiatre, ainsi qu'au volet

rhumatologique de la première expertise pluridisciplinaire du 27 novembre 2018, il affirme que tant pour des raisons psychiques que sur le plan somatique, sa capacité de travail était nulle jusqu'au 31 octobre 2017 – et non seulement Tribunal cantonal TC Page 19 de 26 jusqu'en mars 2017 – et que ce n'est qu'à partir de novembre 2017 que ses médecins avaient évoqué une capacité de travail de 20% en milieu protégé. Par ailleurs, pointant des incohérences dans l'évaluation de la capacité de travail par les différents experts à partir de mai 2020 (date de l'expertise), il soutient que celle-ci ne peut pas être de 50%, mais tout au plus de 25%, soit un taux d'activité de 50% avec une diminution de rendement de 50% (dossier AI p. 1355). Par décision du 29 mars 2022, l'Office de l'assurance-invalidité a écarté les objections du recourant et confirmé la solution de son projet du 4 décembre 2020 (dossier AI p. 1538). Cette décision a été contestée par un recours déposé le 2 mai 2022 qui fait l'objet d'un arrêt séparé de ce jour (cause 605 2022 72).

6.3. Discussion sur les différentes atteintes et leur lien de causalité avec l'accident

6.3.1. En ce qui concerne d'abord les troubles psychiques invoqués depuis mars 2014 (voir ci-dessus consid. 5.2.4), ils sont présentés par les médecins traitants du recourant comme une dépression post-réactionnelle – accompagnée d'angoisses quant à son emploi, de troubles du sommeil et de troubles de la concentration – survenue dans les suites de l'accident subi. Cela étant, il faut rappeler que l'accident en question consiste en une simple chute sur les genoux sur du gravier en portant un panneau, consécutive à une torsion de la cheville. Il s'agit ainsi d'un événement qui doit être qualifié de banal et qui n'est à ce titre pas susceptible, au sens de la jurisprudence ci-dessus, d'être la cause des troubles psychiques qui sont apparus un peu plus d'une année plus tard. Dans ces conditions, à défaut de lien de causalité avec l'accident, les troubles psychiques du recourant et leur éventuelle incidence sur le type et le taux d'activité encore exigible ne seront pas pris en considération dans l'estimation de sa capacité de travail et de gain résiduelle.

6.3.2. S'agissant ensuite du CRPS allégué par le recourant, il faut constater qu'il a été envisagé en juin 2014 par le neurologue traitant. Celui-ci s'est toutefois limité à constater que les douleurs neuropathiques ressenties dépassaient le territoire du nerf sciatique gauche, ce qui « ouvrait le diagnostic d'un éventuel CRPS ». Il a également ajouté qu'il n'avait pas pu examiner le patient en phase aiguë. Le diagnostic de CRPS est ensuite mentionné bien plus tard dans un rapport d'ergothérapie du 2 juin 2016, faisant état d'un tel syndrome de la branche fémorale médiale du nerf saphène gauche (stade V de lésions axonales, névralgie crurale incessante de la branche infrapatellaire du nerf saphène gauche (stade IV de lésions axonales) et faible hypoesthésie tactile des branches cutanées antérieures du nerf fémoral gauche (stade I de lésions axonales). Plus tard encore, le 23 mars 2017, la médecin généraliste traitante du recourant pose également le diagnostic d'un CRPS. Cette appréciation se base sur une analyse des critères de Budapest : « le patient répond aux points suivants: Point 1: Douleur continue disproportionnée par rapport à l'élément initial, point 2: symptômes somatosensoriels: hypersensibilité, hyperesthésie présente, symptômes vasomoteurs: température asymétrique, changement de couleur de peau et dyscoloration cutanée asymétrique, symptômes de sudation/oedèmes: présence d'oedème, sudation asymétrique, symptômes moteurs/trophiques: raideur articulaire (douleur), hypomobilité, point 3: signes cliniques somatosensoriels: allodynie et hyperalgésie confirmées, signes clinique vasomoteurs: température asymétrique, changement de couleur de peau et couleur de peau asymétrique constatés, signes cliniques sudomoteurs/oedème: présence d'oedème, sudation Tribunal cantonal TC Page 20 de 26 légèrement augmentée par rapport au côté controlatéral, signes cliniques moteurs/trophiques: diminution de la mobilité articulaire

évidente (douleur), limitations des amplitudes, point 4: aucun autre diagnostic ne rend mieux compte des signes et des symptômes ». Cette médecin a par ailleurs indiqué procéder à raison d'une fois par semaine à des infiltrations avec des anesthésiques locaux permettant de soulager la douleur et de potentialiser la physiothérapie intensive, tout en poursuivant le traitement antalgique per os (Targin, Oxynorm, Trittico). Elle a par la suite confirmé à plusieurs reprises son appréciation, en l'expliquant (voir notamment rapport du 21 septembre 2020 adressé au mandataire du recourant, dans lequel elle explique notamment que l'allodynie a heureusement disparu avec les traitements et le suivi antalgique, que l'hypoesthésie persévère, que celle-ci est souvent associée à une neuropathie sous-jacente et que le CRPS est une entité particulièrement compliquée comprenant différents mécanismes loco-régionaux et centraux, tant nociceptifs que neuropathiques, végétatifs, vasculaires et trophiques; voir dossier AI p. 1472). Quant au chirurgien traitant du recourant, il part lui aussi de l'idée, dans son rapport du 25 août 2017, que l'évolution défavorable de la situation avec persistance de douleurs importantes au niveau de ce genou correspond au développement d'un syndrome douloureux régional, résistant à toute forme de traitement, dont les seuls traitements qui permettaient une amélioration étaient les infiltrations locales au niveau du nerf fémoral. Il ne trouve en effet aucune raison anatomique pouvant expliquer les symptômes du patient, autant d'un point de vue chirurgical en peropératoire qu'avec les différents examens d'imagerie qu'il a effectués. Il rejoint donc en cela ses collègues anesthésistes qui pensent que la problématique est essentiellement neurogène, de type CRPS. Dans le cadre de la première expertise pluridisciplinaire réalisée dans la procédure relative à l'assurance-invalidité, dont le rapport a été établi le 27 novembre 2018, l'expert rhumatologue a lui aussi posé le diagnostic d'un syndrome algodystrophique (= CRPS) du genou gauche, en précisant que celui-ci était « post-traumatique et chirurgical », en plus du diagnostic de « neuropathies post-traumatiques du nerf saphène gauche et du nerf tibial gauche, consécutives au développement d'un hématome post-opératoire et après le traitement d'une fracture survenue suite à une chute le 25 janvier 2013 » posé par l'expert neurologue. L'existence du syndrome en question a toutefois été retenue sur les seuls constats de la persistance d'une douleur du genou, d'épisodes vaso-moteurs et troubles neurologiques non systématisés à l'examen clinique, de difficultés à la marche, d'une neuropathie mal systématisée à l'électro-myogramme et d'une atteinte articulaire modérée sans changement depuis 2014. Concrètement, l'expert a estimé que ces seuls éléments étaient en faveur d'une algodystrophie séquellaire, même en l'absence d'une positivité de la scintigraphie osseuse. En plus d'être incertain (« [le] genou est globalement augmenté de volume avec une irradiation qui descend dans la jambe. Il est plutôt amélioré par des bains écossais ce qui tendrait à penser qu'on pourrait se rapprocher d'un diagnostic d'algodystrophie du genou, ce qui est somme toute peu étonnant après quatre interventions »), son diagnostic ne se fonde ainsi pas sur une analyse systématique des critères de Budapest. Il est encore plus sujet à caution du fait que l'expert rhumatologue ne paraît pas tenir compte dans son appréciation du caractère très démonstratif du recourant, notamment devant l'expert psychiatre le 19 septembre 2018 lorsqu'il « se déplace difficilement avec ses deux cannes et s'écroule avec soulagement sur sa chaise », « pleure à plusieurs reprises », puis « à un moment donné s'écroule par terre sous prétexte qu'il ne peut plus rester assis tellement il a de douleurs ». L'avis des différents médecins traitants – ainsi que celui imprécisément fondé ressortant de la 1ère expertise menée dans la procédure d'assurance-invalidité – est remis en cause par la médecin Tribunal cantonal TC Page 21 de 26 d'arrondissement de la SUVA, sur la base d'une autre analyse des critères de Budapest,

résultant des appréciations des divers spécialistes de la CRR et, surtout, prenant en considération les autolimitations du recourant: le point 1 est admis, avec la présence d'une douleur continue disproportionnée par rapport à l'élément initial. S'agissant du point 2, il n'est pas rempli, en l'absence d'hypersensibilité et/ou d'hyperesthésie, avec seulement une hypoesthésie autour du genou et hypopallesthésie symétrique des deux malléoles faisant évoquer une légère polyneuropathie symétrique. En lien avec le point 3, il n'y a pas d'asymétrie de température selon le rapport de la CRR, pas d'autres signes inflammatoires ou dystrophiques, pas d'épanchement à l'examen détaillé par le spécialiste de la CRR. Concernant les symptômes moteurs/trophiques, le consilium neurologique fait ressortir que la force segmentaire est conservée à au moins M4 au niveau du genou et de la hanche et M4+ au niveau de la cheville. Les réflexes sont tous obtenus normo-vifs et symétriques. Du point de vue orthopédique, le spécialiste de la CRR décrit une hypoesthésie globale du genou en forme de genouillère et une dysesthésie latéralement à la cicatrice. Par contre, le testing musculaire s'est révélé non interprétable en raison des autolimitations du patient. Se fondant sur ces constats interdisciplinaires établis, la médecin d'arrondissement a nié de façon convaincante l'existence d'un CRPS. Dans leur appréciation interdisciplinaire du 2 juillet 2020 ressortant de la deuxième expertise réalisée dans la procédure d'assurance-invalidité, les spécialistes du Centre AC. _____ ont été encore plus catégoriques que la médecin d'arrondissement, faisant les constats suivants : « Sur l'ensemble de ces données, nous considérons qu'il n'y a pas de pathologie neurologique pouvant rendre compte des symptômes rapportés par l'assuré. En effet existe une importante discordance entre la boiterie à caractère de verrouillage du genou à la charge et la quasi-plégie du membre inférieur gauche au repos et les discrètes anomalies cliniques. L'hypomyotrophie du membre inférieur gauche ne peut ainsi expliquer l'importance du déficit moteur. Par ailleurs, les troubles sensitifs décrits sont mal systématisés ne correspondant pas à un territoire nerveux défini et les réflexes tendineux restent symétriques. Hormis un syndrome douloureux important, il n'y a aucun signe clinique de CRPS. » Il résulte de ce qui précède que tant la médecin d'arrondissement, se fondant sur l'avis pluridisciplinaire des spécialistes de la CRR, que les experts du Centre AC. _____ nient de façon convaincante l'existence d'un CRPS. L'atteinte dont souffre le recourant ne remplissant pas les critères de Budapest permettant de retenir un tel syndrome, il convient de suivre leurs conclusions et de les préférer notamment aux avis de la médecin généraliste traitante et du premier expert rhumatologue sollicité dans la procédure d'assurance-invalidité. Ce d'autant plus que ceux-ci ne prennent pas en considération le fait que l'intensité des plaintes du recourant est également largement influencée par les autolimitations et le comportement très démonstratif de celui-ci. En conséquence, l'existence même d'un CRPS n'est pas établie. Et surtout, quoi qu'il en soit, ce diagnostic n'a fait l'objet d'examen cliniques détaillés que plusieurs années après l'accident, ce qui exclut d'emblée tout lien de causalité avec celui-ci.

6.3.3. S'agissant enfin des atteintes objectivables au genou gauche, la SUVA retient dans sa décision du 5 juillet 2017, confirmée sur opposition, que le recourant subit des séquelles organiques de l'accident à son genou droit, mais que celles-ci ne l'empêchent pas d'exercer à plein temps et sans perte de rendement une activité dans différents secteurs de l'industrie, à condition qu'il puisse travailler en position alternée assise et debout. Tribunal cantonal TC Page 22 de 26 Le recourant estime quant à lui que la raideur de son genou gauche ainsi que les importantes douleurs qui sont apparues très rapidement après l'accident et qui ont persisté ont une incidence sur sa capacité de travail, quelle que soit l'activité. Se référant au volet

rhumatologique du premier rapport d'expertise pluridisciplinaire du 27 novembre 2018 dans la procédure d'assurance- invalidité, il estime que l'atteinte à son genou permettait une reprise du travail dans une activité adaptée à 20% du 1er novembre 2017 au 13 septembre 2018, à raison de 3 heures par jour sur quatre jours du 14 septembre 2018 au 14 octobre 2018 et à raison de 4 heures par jour sur quatre jours dès le 15 octobre 2018. Il ressort de l'évolution décrite dans l'ensemble des rapports médicaux résumés ci-dessus qu'en juin 2014 déjà, le chirurgien traitant du recourant constatait que son patient était désormais à distance de sa prise en charge chirurgicale, qu'il avait effectué quelques infiltrations qui avaient permis une courte période rémission, mais qu'il existait une symptomatologie liée à l'atteinte au nerf saphène qui se faisait ressentir. Selon le spécialiste en médecine physique et réhabilitation de la CRR qui s'est prononcé en octobre 2014, les limitations fonctionnelles s'expliquaient alors certes principalement par les lésions objectives, mais des facteurs contextuels jouaient également un rôle important chez un patient centré sur ses douleurs. Le médecin-conseil de la SUVA attendait quant à lui une stabilisation médicale au mois de février-mars 2015, en précisant que le recourant ne recouvrerait jamais une capacité de travail totale dans son activité de constructeur de route. Par la suite, tant les médecins traitants que les médecins de la SUVA ont fait dans un premier temps plutôt mention de douleurs neuropathiques, résistant aux traitements, sans proposer d'autres mesures que des traitements antalgiques, notamment par des injections. Puis, suite à des avis formulés en été 2015, une nouvelle opération consistant en une mobilisation du genou sous narcose et une arthroscopie diagnostique a été réalisée au début de l'année 2016. Elle a permis au recourant de gagner en mobilité, mais sans évolution significative des douleurs qui ont persisté. C'est après cette nouvelle tentative chirurgicale et un nouveau séjour d'un peu plus d'un mois auprès de la CRR que la médecin d'arrondissement de la SUVA, dans son examen final du 20 mars 2017, a retenu que la situation était stabilisée et qu'il pouvait être exigé du recourant de reprendre une activité à 100%, sans diminution de rendement, avec toutefois les limitations suivantes: pas de marche sur de longs trajets, pas de maintien prolongé de la position assise ou debout, pas de montée ou descente d'escaliers et d'échelles. Il faut constater d'emblée que la médecin d'arrondissement donne peu de détails sur les raisons de son appréciation et ne se prononce en particulier pas expressément sur l'influence des douleurs qualifiées de neuropathiques sur la capacité de travail du recourant. En rapprochant son avis des rapports établis par les médecins de la CRR peu de temps plus tôt à fin 2016 et début 2017, il apparaît toutefois qu'elle retient elle aussi que le recourant sous-estime le niveau d'activité qu'il peut réaliser et que des facteurs extra-médicaux semblent prédominants et avoir une influence négative sur le handicap fonctionnel perçu et les limitations fonctionnelles démontrées par le recourant. Contrairement à l'appréciation des médecins de la SUVA, les médecins traitants ont continué à retenir, y compris à partir de mars 2017, de très importantes limitations dans toute activité, réduisant la capacité de travail dans une activité adaptée à 20%. Ces avis tiennent toutefois compte des atteintes psychiques, sans lien de causalité avec l'accident de janvier 2013, et de l'existence supposée d'un CRPS, qui a été niée ci-dessus. Ils ne peuvent en conséquence servir à une évaluation fiable de la capacité de travail résiduelle du recourant pour les seules suites de Tribunal cantonal TC Page 23 de 26 l'accident. Il est dès lors utile se référer aux expertises pluridisciplinaires ordonnées plus tard dans la procédure d'assurance-invalidité. Cela étant, il doit également être constaté que la première expertise réalisée en 2018, même en se limitant à son seul volet rhumatologique, souffre du même défaut que les avis des médecins traitants. Il a en effet été vu ci-dessus que l'expert rhumatologue fonde son évaluation de la

capacité de travail résiduelle du recourant en tenant lui aussi compte d'un CRPS dont l'existence n'est en réalité pas établie. Dans la seconde expertise réalisée en 2020, les spécialistes en médecine interne, psychiatrie, rhumatologie et neurologie de AB. _____ du Centre AC. _____ ont apprécié les éléments ressortant à leur discipline, puis un consensus a été établi et précisé dans un deuxième temps par le spécialiste en médecine interne. Cette expertise a été effectuée sur la base de l'ensemble des documents médicaux figurant au dossier, ainsi que sur des examens cliniques. Elle répond aux exigences formelles applicables. S'agissant plus particulièrement du volet neurologique, sur la base de son examen clinique, Dr AD. _____ a relevé que des incohérences prédominaient et a conclu à l'absence de substrat neurologique permettant d'expliquer la douleur au genou gauche et de justifier les limitations fonctionnelles alléguées. Il conclut à l'absence de diminution de la capacité de travail sur le plan neurologique. Quant au volet rhumatologique, Dr AE. _____ constate l'existence de gonalgies gauches qu'il qualifie d'invalidantes en indiquant toutefois que leur étiologie demeure indéterminée. Il précise que l'anamnèse, l'étude des documents radiologiques et l'examen clinique orientent vers le diagnostic de gonalgies gauches chroniques non spécifiques, la persistance des douleurs étant « médicalement mal à peu explicables ». Sur la base de ces constatations, il estime que pour une activité physique légère, en position assise, avec possibilité d'alterner la position du genou gauche, sans position accroupie et/ou à genou, ni appui monopodal gauche, ni marche en terrain irrégulier, la capacité de travail médico-théorique d'un point de vue rhumatologique est complète. Il ajoute toutefois qu'une baisse de rendement de 20% peut être admise, en raison de la chronicité des douleurs. En recoupant les éléments qui précèdent, notamment ceux ressortant des volets neurologique et rhumatologique de l'expertise pluridisciplinaire réalisée en 2020, il est constaté que, compte tenu de l'exclusion de tout CRPS, les douleurs persistantes peu systématisées, qui avaient dans un premier temps été qualifiées de neuropathiques par les médecins de la SUVA, ont en réalité une origine non déterminée. En conséquence, même s'il peut être admis avec le spécialiste en rhumatologie que leur existence – non remise en question – et leur chronicité entraînent une baisse de rendement de 20% même dans une activité adaptée, leur lien de causalité avec l'accident de janvier 2013 n'est pas établi. Plus spécifiquement, en l'absence de tout substrat neurologique ou d'autre atteinte somatique permettant de les expliquer, le seul fait qu'elles soient apparues et qu'elles aient persisté après la chute survenue en janvier 2013 ne suffit pas pour retenir qu'elles étaient encore, à compter de la date déterminante du 1er juillet 2017, une conséquence de cet événement. 6.3.4. Il en résulte que c'est à bon droit que la SUVA a retenu qu'à partir du 1er juillet 2017, les séquelles organiques causées par l'accident au genou droit du recourant ne l'empêchent pas d'exercer à plein temps et sans perte de rendement une activité adaptée à ses limitations dans différents secteurs de l'industrie. 6.4. Pour le reste, il est rappelé que les revenus de valide et d'invalidé ne sont pas contestés. S'agissant plus particulièrement du revenu de valide, il est constaté qu'il a été calculé valablement Tribunal cantonal TC Page 24 de 26 sur la base du système des DPT, en prenant en considération cinq postes de référence respectant les limitations subies par le recourant en lien avec l'accident, à savoir pas de marche sur de longs trajets, pas de maintien prolongé de la position assise ou debout, pas de montée ou descente d'escaliers ou d'échelles. La comparaison entre le revenu de valide de CHF 76'721.- et le revenu d'invalidé de CHF 63'678.- laisse apparaître une perte de 17%. La rente d'invalidité fixée au taux correspondant doit en conséquence être confirmée. 7. Taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité 7.1. Aux termes de l'art. 24 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 (al. 1). 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, première phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (voir not. arrêt TC FR 605 2017 261 du 29 mars 2018 consid. 2a et les références citées). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (voir not. arrêt TC FR 605 2017 261 du 29 mars 2018 consid. 2b et les références citées). Ce n'est qu'en cas d'affections à la colonne vertébrale que le taux de l'atteinte à l'intégrité dépend de l'intensité des douleurs ressenties par l'assuré. Il incombe par conséquent aux médecins de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (voir not. arrêt TC FR 605 2020 155 du 8 juillet 2021 consid. 2.3 et les références citées). Par ailleurs, aux termes de l'art. 36 al. 4 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202), il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (voir not. arrêt TC FR 605 2017 261 du 29 mars 2018 consid. 2b et les références citées). 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). Tribunal cantonal TC Page 25 de 26 Usant de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 36 OLAA. Selon l'al. 2 de cette disposition, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Celle-ci comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive. Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). 7.2. En l'espèce, la SUVA a fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 5% sur la base de la table 5 des barèmes d'indemnisation pour une arthrose fémoro-tibiale de degré léger avec limitation de la mobilité du genou gauche. Le recourant conteste ce taux. Dans ses observations complémentaires du 2 juin 2022, il soutient que, puisque la médecin d'arrondissement a selon lui complètement sous-estimé l'impact des douleurs sur sa capacité de travail résiduelle, elle a forcément également sous-évalué le degré de l'atteinte à l'intégrité. Cette critique très générale ne peut être suivie. Au contraire, il doit être constaté sur la base de l'analyse des documents médicaux à laquelle il a été procédé sous l'angle du droit à la rente que l'atteinte au genou gauche qui peut être retenue

sur la base des seuls facteurs objectifs déterminants est une diminution de la mobilité du genou. A cela s'ajoute que cette diminution de mobilité paraît essentiellement due à une attitude préventive liée à des douleurs dont l'origine n'est pas clairement déterminée, de telle sorte que l'atteinte à évaluer doit être appréciée avec retenue. Il en résulte que le taux de 5%, applicable notamment en cas de limitation de la mobilité d'un genou due à une arthrose fémoro-tibiale légère – mais avérée –, paraît plutôt généreux dans les circonstances de l'espèce, mais peut être validé. Partant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% doit être confirmée. 8. Sort du recours et frais. Sur le vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours sera rejeté et la décision sur opposition attaquée sera confirmée. Il ne sera pas perçu de frais de justice, en application du principe de la gratuité prévalant en matière de prestations de l'assurance-accidents. Vu le sort du recours, il ne sera pas alloué de dépens. (dispositif en page suivante) Tribunal cantonal TC Page 26 de 26 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué d'indemnité de partie. III. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 28 février 2023/msu Le Président : La Greffière-stagiaire :

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