

FR_GERICHTE 605 2020 157 vom 4. August 2021

FR Kantonsgericht, 2021-08-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_157

FR: FR_GERICHTE 605 2020 157 du 4 août 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2020 157 del 4 agosto 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension des délais durant les fêtes judiciaires d'été (art. 38 al. 4 let. b de la loi 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 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA; RS 832.20]), et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu et de la matière par un assuré dûment représenté et directement touché par la décision sur opposition attaquée, le recours est recevable.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 18

E. 2

Conformément à l'art. 6 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (al. 1), ainsi qu'en cas de certaines lésions corporelles assimilées à un accident (al. 2). A teneur de l'art. 11, 1ère phrase, de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives. Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents obligatoire figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA) et le droit à l'indemnité journalière (art. 16 LAA).

E. 3

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou 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 (arrêts TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1, 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1, et les références citées).

E. 3.1

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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

à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Il ne suffit donc pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible. Elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (arrêts 8C_404/2020 consid. 6.2.1 et 8C_117/2020 consid. 3.1 précités). 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).

E. 3.2

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité. La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2 et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 18

E. 4

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bien son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (arrêt TF 8C_425/2020 du 27 janvier 2021 consid. 2.3 et les références citées).

E. 4.1

Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que, lorsqu'un médecin interne à l'assureur-accidents dispose d'un dossier médical et radiologique complet et qu'il s'agit uniquement d'apprécier le rapport de causalité naturelle entre un accident et une atteinte, un examen clinique par ledit médecin ne s'avère pas nécessaire. Le fait qu'un médecin interne à l'assureur-accidents n'a pas examiné personnellement un assuré ne saurait dès lors diminuer la valeur probante de ses rapports (arrêts TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.1 et la référence citée; 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.2).

E. 4.2

De plus, selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la Suva sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des

spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt 8C_108/2020 précité consid. 4.4.2 et les références citées).

E. 5

Le syndrome douloureux régional complexe (ou complex regional pain syndrome [CRPS]), anciennement nommé algodystrophie ou maladie de Sudeck, 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 (arrêt TF 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.1 et les références citées). 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 partiellement, des symptômes typiques du CRPS durant une période de latence de six à huit semaines après l'accident (arrêt TF 8C_164/2020 du 1er mars 2021 consid. 3, 8C_416/2019 précité consid. 5.2.3, et les références citées).

E. 6

Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si les troubles qui affectaient le pied droit, respectivement la cheville droite, de l'assuré au-delà du 15 décembre 2019 continuaient d'être en relation de causalité naturelle avec l'accident du 8 mars 2018, respectivement avec celui du 12 juin 2007.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 18 Pour répondre à cette question factuelle d'ordre médical dont dépendra la fin du droit aux prestations de l'assurance-accidents, il convient de se référer aux pièces médicales figurant au dossier ou produites par les parties.

E. 6.1

Accident du 12 juin 2007 Il est constant que l'assuré a connu un premier accident, le 12 juin 2007, lors duquel il s'est blessé au pied droit, respectivement à la cheville droite, suite à un impact contre une vitre ayant nécessité deux interventions chirurgicales, l'une le jour même de l'accident, l'autre le 1er septembre 2008 (cf. déclaration d'accident LAA du 19 juin 2007 in dossier Suva no 01.68092.07.5 [ci-après: dossier I], pièce 1). En outre, l'assuré a annoncé deux rechutes de cet accident, lesquelles ont eu lieu le

E. 6.1.1

A cet effet, le rapport de l'opération réalisée le 12 juin 2007 à l'Hôpital fribourgeois (ci-après: HFR), établi le 28 mai 2008 par le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (et signé par ordre par le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), fait état de multiples plaies profondes et superficielles au pied droit, respectivement à la cheville droite, avec section complète des tendons du péronier long et court. Il indique que "le patient, dans un excès de rage, frappe contre une vitre. Il se présente par la suite aux urgences avec les lésions susmentionnées". Il décrit l'intervention chirurgicale ayant consisté en une révision des différentes plaies et sutures des tendons du péronier long et court (cf. dossier I, pièce 28). Quant au rapport de la seconde opération

effectuée le 1er septembre 2008 à l'HFR, établi le 29 septembre 2008 par le Dr F. _____ et le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie de la main, il mentionne le diagnostic d'un neurome sural à la cheville droite post révision d'une plaie complexe le 12 juin 2007. Il décrit l'intervention chirurgicale ayant consisté en une reconstruction du nerf sural de la cheville droite par neurotube 3 millimètres (cf. dossier I, pièces 42 et 49).

E. 6.1.2

Il ressort par ailleurs du dossier médical que l'évolution post opératoire s'est pour l'essentiel caractérisée par une symptomatologie douloureuse, plus précisément par des douleurs neurogènes au pied droit (cf. rapports du Dr E. _____ des 5 septembre 2007, 16 octobre 2007, 20 novembre 2007 et 17 janvier 2008 in dossier I, pièces 10, 12, 15 et 16), par une neuropathie du nerf sural (cf. rapports du Dr F. _____ des 5 mars 2008, 24 avril 2008, 19 juin 2008, 2 juillet 2008 et 25 juillet 2008 in dossier I, pièces 19, 26, 29, 35, 37 et 50), par une allodynie sciatique droite (cf. rapports du Dr F. _____ des 14 novembre 2008, 1er décembre 2008 et 18 décembre 2008 in dossier I, pièces 45, 51 et 55), et par des dysesthésies résiduelles (cf. rapports du Dr F. _____ des 11 décembre 2009, 27 janvier 2010, 23 juin 2010, 17 septembre 2010, 20 avril 2011 et 22 septembre 2011 in dossier I, pièces 96, 105, 116, 129, 177 et 197). Il sied de préciser ici que, après que le Dr E. _____ a suspecté une algoneurodystrophie du pied droit (cf. ses rapports des 16 octobre 2007 et 20 novembre 2007 in dossier I, pièces 12 et 15), le Dr F. _____ l'a exclue: "vu l'évolution, nous pensons qu'une algoneurodystrophie peut être exclue.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 Il s'agit d'une douleur sur une lésion ou adhérence du nerf dorsal du pied combiné à des adhérences tendineuses limitant la mobilité en supination" (cf. son rapport du 17 janvier 2008 in dossier I, pièce 16) et "pas de signe pour un morbus Sudeck" (cf. son rapport du 5 mars 2008 in dossier I, pièce 19). Au demeurant, on relèvera qu'une radiographie de la cheville droite réalisée en juin 2008 s'est révélée normale (cf. rapport du Dr F. _____ du 19 juin 2008 in dossier I, pièce 29).

E. 6.1.3

Cela étant, cette symptomatologie douloureuse semble s'être lentement améliorée au fil du temps (cf. rapport du Dr F. _____ des 24 avril 2008, 18 décembre 2008, 5 février 2009 et 30 avril 2009 in dossier I, pièces 26, 55, 75 et 79) avant de connaître une récurrence sous la forme d'une névrite péronière droite (cf. rapport du Dr F. _____ du 5 août 2009 in dossier I, pièce 81) et de douleurs neurogènes (cf. rapport du Dr F. _____ du 2 avril 2012 in dossier I, pièce 249). A cet effet, en particulier, dans son rapport du 5 août 2009 (relatif à une consultation qui a eu lieu le 8 juillet 2009) précité, le Dr F. _____ pose le diagnostic d'une "récurrence névrite péronière droite post-reconstruction du nerf sural cheville droite par Neurotube le 01.09.2008". A l'anamnèse, il indique que, "depuis la semaine passée, récurrence des douleurs électrisantes irradiant le long de la face latérale de la jambe. Le patient avait repris le travail à 100% début juin, jusqu'à présent bien toléré. Ces douleurs sont également nocturnes et insomniantes [sic]. Le patient décrit une hypersudation locales intermittente". A l'examen clinique, le Dr F. _____ constate ceci: "cheville droite: la cicatrice est fermée, sans signe inflammatoire. Légère hypoesthésie dans le territoire du nerf sural, distalement à la cicatrice de la malléole externe. Les douleurs du patient sont reproductibles à la palpation du nerf sural sur toute sa longueur ainsi qu'un niveau du nerf péronier lors de son passage sous la tête du péronier. La palpation du tronc sciatique à la

face postérieure de la cuisse reproduit également ces douleurs. Tinel fortement positif juste distalement à la cicatrice le long du trajet du Neurotube. Pas de trouble trophique". Le Dr F._____ conclut que "ce patient souffre à nouveau de névralgies. Cliniquement, il s'agit d'une irritation affectant tout le tronc péronier, éventuellement même sciatique. Ce problème avait déjà été constaté au préalable, mais avait répondu à un traitement médicamenteux. Introduction d'une antalgique par Lyrica. Rivotril le soir. Dafalgan et Ponstant, avec application locale de patch Flector. Le patient sera revu le 05.08.2009 pour évaluation de l'efficacité de ce traitement. Arrêt de travail à 100% pour les 29 et 30.06 ainsi qu'à partir du 06.07 au 05.08.2009" (cf. dossier I, pièce 81).

E. 6.1.4

Cette recrudescence de la symptomatologie douloureuse a conduit l'assuré à entamer en automne 2010 un traitement spécifique de la douleur (cf. rapport de l'Inselspital du 8 décembre 2010 in dossier I, pièce 144) qui semble lui avoir été bénéfique, du moins dans un premier temps, comme l'a observé ultérieurement son médecin orthopédiste traitant: "depuis que le patient est pris en charge par la consultation de la douleur à l'Inselspital, il relève une nette amélioration de ses douleurs. (...). Le patient a pu arrêter tous les médicaments antalgiques depuis que ces traitements sont en cours, sans avoir noté de recrudescence de ses douleurs. (...). Pour la première fois depuis les nombreuses années de prise en charge de ce patient, on peut relever une nette amélioration. Tant du point de vue du ressenti des douleurs et du besoin en médicaments que de la disparition des troubles trophiques que l'on pouvait toujours observer jusqu'à présent" (cf. rapport du Dr F._____ du 20 avril 2011 in dossier I, pièce 177).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18

E. 6.1.5

Enfin, l'assuré a été examiné plusieurs fois par les médecins d'arrondissement de la Suva (cf. rapports du Dr G._____, spécialiste en chirurgie, des 6 mai 2008, 15 janvier 2009 et 3 mars 2009 in dossier I, pièce 25, 58 et 64; rapport du Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale, du 11 décembre 2009 in dossier I, pièce 95; rapport du Dr J._____, spécialiste en chirurgie, du 18 octobre 2010 in dossier I, pièce 131). En particulier, dans son rapport d'examen médical final du 7 novembre 2011, le Dr J._____ a notamment exposé ce qui suit: "objectivement, la cheville droite est calme. Elle a récupéré des amplitudes articulaires complètes. On retrouve une cicatrice en zigzag centrée sur la pointe de la malléole externe dont la percussion est extrêmement sensible, entraînant des paresthésies sur le dos des deux derniers rayons, le tout contrastant avec une excellente trophicité des téguments et une bonne force des péroniers latéraux. On note une légère amyotrophie du mollet droit". Le Dr J._____ a relevé qu'"il est possible que le patient rencontre des difficultés lors des travaux sollicitant fortement les chevilles", préconisant que, "le cas échéant, il faut qu'il collabore avec l'AI ou qu'il se trouve tout seul un travail adapté car la Suva ne pourra pas prendre en charge sur le long terme des incapacités de travail itératives comme elle l'a fait jusqu'ici" (cf. dossier I, pièce 208).

E. 6.1.6

Après avoir pris en charge les frais médicaux et couvert les incapacités de travail par des indemnités journalières, la Suva a clos le cas par décision du 24 novembre 2011 allouant à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI) de 5% mais lui refusant le droit à une rente, motif pris que les séquelles de l'accident ne réduisaient pas sa capacité de

gain de manière importante (cf. dossier I, pièce 222). Cette décision est entrée en force suite à l'irrecevabilité de l'opposition tardive formulée à son encontre par l'assuré, opposition qui ne portait toutefois que sur le pourcentage du taux de l'IPAI (cf. opposition du 28 janvier 2012 et décision sur opposition du 20 février 2012 in dossier I, pièces 226 et 229). La Suva a par ailleurs clos le chapitre de la dernière rechute du 17 février 2012 par lettre du 20 juin 2012 (cf. dossier I, pièce 265).

E. 6.2

Accident du 8 mars 2018 Il s'avère que l'assuré a connu le 8 mars 2018, soit près de onze ans après son premier accident du 12 juin 2007, un nouvel accident en glissant et chutant de sa hauteur sur un passage pour piétons verglacé, suite auquel il a déclaré s'être blessé à la cheville gauche et au poignet droit (cf. déclaration d'accident LAA du 27 mars 2018 in dossier Suva no 24.18085.18.8 [ci-après: dossier II], pièce 1). De prime abord, ce nouvel événement accidentel ne concernait pas les mêmes parties du corps lésées (pied droit en 2007 selon la déclaration d'accident du 19 juin 2007 précitée; cheville gauche et poignet droit en 2018 selon la déclaration d'accident du 27 mars 2018 précitée). Toutefois, à la lecture des rapports médicaux retranscrits ci-dessous, l'on constate que la dernière déclaration d'accident du 27 mars 2018 était erronée en ce sens que ce n'est pas la cheville gauche mais droite qui est concernée. Il est aussi précisé ici que cet événement accidentel a été annoncé à la Suva en tant que nouvel accident et non pas comme une rechute du précédent accident du 12 juin 2007.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 18

E. 6.2.1

Suite à ce nouvel accident, l'assuré a été mis au bénéfice d'une incapacité de travail totale du 8 mars 2018 et 1er juin 2018 (cf. certificats médicaux du Dr K. _____, médecin praticien traitant, des 15 et 27 mars 2018, 16 et 30 avril 2018 in dossier II, pièces 2, 8, 9 et 11), de 50% à partir du 4 juin 2018 (cf. certificats médicaux du Dr K. _____ des 29 mai 2018 et 2 juillet 2018 in dossier II, pièces 13 et 17), puis à nouveau de 100% du 5 juillet 2018 au 29 février 2020 (cf. certificats médicaux du Dr K. _____ des 9 juillet 2018, 3 septembre 2018, 4 octobre 2018,

E. 6.2.2

Une IRM du pied et de la cheville droits a été effectuée le 30 mai 2018, IRM dont les résultats ont été consignés dans un rapport établi le 7 septembre 2018 par la Dre L. _____ et le Dr M. _____, spécialistes en anesthésiologie au bénéfice d'une formation en traitement interventionnel de la douleur: "pas d'anomalie en situation externe du pied et de l'arrière-pied à D, aspect épaissi du court et long fibulaire, pas d'arguments pour une ténosynovite, absence d'œdème osseux" (cf. dossier II, pièce 39).

E. 6.2.3

L'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis l'événement accidentel du 8 mars 2018 a en outre été documentée par plusieurs autres pièces médicales, parmi lesquelles figurent les rapports du médecin praticien traitant. En particulier, dans un rapport médical initial LAA rédigé le 18 février 2020 à la demande de la Suva, le Dr K. _____ expose avoir prodigué le jour même de l'événement accidentel du 8 mars 2018 les premiers soins à son patient qui lui a indiqué avoir chuté de sa hauteur sur sol glissant en venant au cabinet, d'où des douleurs à sa cheville droite et à son poignet gauche; le Dr K. _____ a constaté une

hyperesthésie cutanée de la cheville droite et une entorse modérée du poignet gauche; il a posé le diagnostic d'une entorse externe à la cheville droite (sans fracture selon constatations radiologiques) et d'une réactivation des douleurs neuropathiques consécutives à l'accident du 12 juin 2007; la thérapie a consisté en une immobilisation par attelle et en la prescription d'antalgiques et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens; l'incapacité de travail est de 100% dès le 8 mars 2018 puis de 50% dès le 4 juin 2018 (cf. dossier II, pièce 104). De même, dans son certificat médical du 23 novembre 2020 produit par l'assuré avec ses contre-observations du 1er décembre 2020, le Dr K._____ confirme que "[l'assuré] est au bénéfice d'un arrêt de travail à 100% depuis le 8 mars 2018 suite à un accident de la cheville droite (entorse stade II), qui a également réactivé ses douleurs neuropathiques, conséquences de son accident

Tribunal cantonal TC Page 10 de 18 de la cheville droite du 12 juin 2007, à cause desquelles il est encore en incapacité de travail à 100%".

E. 6.2.4

L'assuré a également été pris en charge par les médecins de la Clinique de chirurgie orthopédique de l'HFR. A cet effet, dans un rapport du 10 novembre 2009, le Dr N._____, spécialistes en chirurgie orthopédique, indique que l'assuré a consulté les services des urgences de l'HFR en raison de douleurs de la face dorsale du pied droit. Il pose le diagnostic d'une "névrite péronière droite après construction du nerf sural de la cheville droite par neurotube le 01.09.08, suite à une rupture du nerf, post traumatique". A l'examen clinique, le Dr N._____ constate ceci: "localement, au niveau du pied et de la cheville D, cicatrice fermée, sans signe d'inflammation avec une hyperesthésie en regard. Toute la région en regard est douloureuse, même à la palpation superficielle. Il n'y a pas de tuméfaction. La palpation du tronc sciatique à la face postérieurement de la cuisse reproduit également les douleurs sous forme de courant électrique" (cf. dossier I, pièce 90). Près de dix ans plus tard, dans un rapport du 9 juillet 2018, la Dre O._____, elle aussi spécialiste en chirurgie orthopédique, et le Dr N._____ posent le diagnostic d'une "neuropathie sural droite avec: status post reconstruction nerf sural D par Neurotube le 01.09.2008 pour neurome post révision de plaie complexe le 12.06.2007; progression des dysesthésies du territoire sural au territoire péronier commun". A l'anamnèse, ils notent que "le patient se présente en raison d'une progression des douleurs neuropathiques du nerf sural D depuis mars 2018. Il décrit avoir chuté sur la glace, ce qui a provoqué une entorse au pied. Depuis cet accident, il a de plus en plus mal. Il présente également une hyperesthésie du nerf sural à D. Ces douleurs sont connues depuis longtemps. Il travaille à 50% comme monteur sanitaire. Il dit ne pas pouvoir marcher normalement et décharge le côté latéral du pied. Il n'a pas remarqué de perte de force". Au status, la Dre O._____ et le Dr N._____ observent ceci: "pied D: cicatrice malléole latérale calme sans signe d'infection. Fortes douleurs à la palpation du nerf sural. Tinel positif au niveau de la malléole latérale et du milieu du péroné. Flexion/extension de la cheville douloureuse à 30-0-10°, force à M5. Eversion douloureuse. Pas de tiroir antérieur ni d'instabilité ligamentaire". Ils relatent par ailleurs les résultats d'une radiographie de la cheville droite réalisée à titre d'examen complémentaire: "au niveau externe, pas de lésion du tendon péronier après suture ni de neurome au niveau du nerf sural". Les médecins précités terminent leur rapport ainsi: "le patient souffre de douleurs neuropathiques dans le dermatome du nerf sural depuis longtemps. Il a déjà essayé le Lyrica ainsi que d'autres antidouleurs mais sans effet. Nous lui conseillons de consulter le Dr M._____ afin d'essayer les infiltrations (...). S'il n'y a

toujours aucun effet, nous pourrions envisager une intervention chirurgicale pour libérer le nerf ou l'exciser" (cf. dossier II, pièce 28).

E. 6.2.5

Les médecins traitants spécialistes en anesthésiologie du Centre de traitement de la douleur de l'HFR sont aussi intervenus dans ce dossier. Ainsi, dans un rapport médical intermédiaire du 16 janvier 2019 établi à la demande de la Suva, la Dre L._____ pose le diagnostic de douleurs neuropathiques du pied droit. Elle estime que, en dépit d'une évolution difficile, le pronostic est bon (cf. dossier II, pièce 51).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 18 Par ailleurs, dans un rapport du 15 avril 2019, le Dr M._____ pose les diagnostics suivants: "douleurs neuropathiques du pied droit avec status post-reconstruction du nerf sural droit en septembre 2008 pour névrome. Status post-révision de plaie complexe le 12.06.2007". Il relate que "le patient présente toujours des douleurs neuropathiques du nerf sural et fibulaire superficiel à droite. Une allodynie mécanique franche est objectivable sur les territoires de ces nerfs". Il explique que la thérapie est médicamenteuse (perfusion de lidocaïne sans amélioration de la symptomatologie; antiinflammatoires et analgésiques; patchs et crème) (cf. dossier II, pièce 63). De plus, le Dr M._____ a prescrit en juillet 2019 à son patient des séances d'ergothérapie (cf. bordereau du recourant, pièce 19) ainsi qu'une pommade spécifique (Ambroxol) (cf. dossier II, pièces 68, 69 et 70). Quant au Dr P._____, lui aussi spécialiste en anesthésiologie au bénéfice d'une formation en traitement interventionnel de la douleur, il a prescrit en juillet 2019 à son patient de l'amitriptyline (Saroten) (cf. bordereau du recourant, pièce 19). Cela étant, le Dr P._____ estime, dans un rapport du 15 octobre 2019, que l'assuré présente un syndrome douloureux régional complexe (cf. dossier II, pièce 125), diagnostic qu'il précise dans un rapport du 16 octobre 2019: "suspicion de CRPS de la jambe droite après lésion traumatique distale et lésion nerveuse sur le nerf sural en 2007" (cf. dossier II, pièce 78). Dans ce dernier rapport, le Dr P._____ expose que "[l'assuré], qui est connu pour le diagnostic susmentionné suite à un traumatisme pénétrant de la face latérale distale de la jambe droite, a été victime de lésions complexes tendineuses et nerveuses nécessitant une reconstruction. L'évolution est globalement favorable suite à une reconstruction du nerf sural en 2008 jusqu'à une chute en mars 2018 survenue sur la glace qui exacerbera la symptomatologie douloureuse. Actuellement, les douleurs sont continues et évaluées entre 2.5 et 10/10 sur l'échelle visuelle analogique. Les douleurs intéressent la région péri-malléolaire externe droite avec une irradiation sur la face latérale du pied et proximale le long de la face externe de la jambe. Le questionnaire DN4 revient à 8/10, très évocateur d'une composante neuropathique". A l'examen clinique, le Dr P._____ constate notamment une "allodynie à tous les modes dans le territoire fibulaire et sural à droite, prédominant en distalité" (cf. dossier II, pièce 78). Par la suite, dans un rapport du 16 décembre 2019, le Dr M._____ expose que "[l'assuré] a présenté en 2007 un plaie complexe du membre inférieur droit qui a nécessité de multiples opérations. (...). L'évolution a été globalement satisfaisante jusqu'en 2018. Il faut noter que le patient a repris son travail à 100%. En septembre [recte: mars] 2018, le patient a fait une chute sur la glace avec une recrudescence des douleurs qui ont un caractère clairement neuropathiques, localisées au niveau du pied droit, correspondant au territoire sural. (...). Récemment, le patient a été adressé au Dr P._____, spécialiste en algologie (...). Personnellement, je pense que ses douleurs neuropathiques ont été ravivées suite à l'accident de 2018" (cf. dossier II, pièce 89).

E. 6.2.6

Avant de clore le cas, la Suva a soumis le dossier à son médecin-conseil, le Dr Q. _____, spécialiste en neurologie, afin qu'il se prononce sur la question – litigieuse – du lien de causalité naturelle entre les événements accidentels du 12 juin 2007 et du 8 mars 2018, et les troubles continuant d'affecter l'assuré au niveau de ses pied et cheville droits. A cet effet, dans son rapport (appréciation neurologique) du 5 mars 2020, le Dr Q. _____, après avoir passé en revue et résumé les rapports médicaux relatifs aux deux accidents de 2007 et

Tribunal cantonal TC Page 12 de 18 2018, a livré l'appréciation suivante: "selon les éléments joints au dossier, la première consultation spécialisée a eu lieu le 09.07.2018. Le Dr N. _____ et la Dre O. _____, spécialistes en chirurgie orthopédique de l'HFR, ont attribué la progression des douleurs neuropathiques à la chute de [l'assuré] en mars 2018. Ils n'ont cependant pas retrouvé de signe d'un traumatisme récent ou d'un CRPS. Il est rappelé que l'assuré avait déjà repris son travail habituel de monteur sanitaire le 04.06.2019, et l'aggravation et le nouvel arrêt de travail depuis le 05.07.2019 ne sauraient s'expliquer par un traumatisme survenu quatre mois auparavant". Le Dr Q. _____ estime en définitive que, "sur le plan medico-asséurologique, on peut conclure que la chute n'a pas produit de nouvelles lésions au niveau de la cheville droite ou du nerf sural droit. Une aggravation déterminante de l'état antérieur en relation avec la chute n'est pas objectivée. Les critères d'un CRPS ne sont pas satisfaits. En l'occurrence, il s'est produit une aggravation passagère, et il paraît adéquat, voire généreux, d'admettre un délai de six mois pour l'atteinte d'un statu quo sine" (cf. dossier Suva, pièce 110). Ultérieurement, dans le cadre de la présente procédure judiciaire, le dossier, dont les pièces produites par l'assuré à l'appui de son recours, a été soumis une nouvelle fois par la Suva au Dr Q. _____. Dans son rapport complémentaire du 6 novembre 2020, produit par la Suva à l'appui de ses observations du même jour, ce dernier confirme les conclusions de son précédent rapport du 5 mars 2020. Il explique que, "comme le suggère déjà le nom, le syndrome douloureux régional complexe est une entité dont la pathophysiologie n'est pas toujours élucidée. Survenant le plus souvent après un traumatisme, même mineur, le SDRC se manifeste par une douleur disproportionnée et persistante, typiquement au niveau distal d'une extrémité, avec des symptômes inflammatoires et neuro-végétatifs qui ne correspondent pas à un territoire neuroanatomique défini. Initialement, le syndrome est difficile à distinguer du processus physiologique de guérison après un traumatisme ou une intervention chirurgicale, et il n'y a pas de test paraclinique qui permette de trancher, raison pour laquelle le diagnostic d'un SDRC est essentiellement clinique et repose sur un consensus d'une commission de l'IASP (International Association for the Study of Pain). Nous nous permettons ici de rappeler ces différents critères dits de Budapest (...)". Le Dr Q. _____ poursuit en ces termes: "le 09.07.2018, [l'assuré] a été vu en première consultation spécialisée par le Dr N. _____, médecin adjoint à la Clinique orthopédique de l'Hôpital fribourgeois [cf. dossier II, pièce 28]. Au status, il a noté: « pied D: cicatrice malléole latérale calme sans signe d'infection. Fortes douleurs à la palpation du nerf sural. Tinel positif au niveau de la malléole latérale et du milieu du péroné. Flexion/extension de la cheville douloureuse à 30-0-10°, force à M5. Eversion douloureuse. Pas de tiroir antérieur ni d'instabilité ligamentaire ». En comparant ce status avec les critères diagnostiques, on constate l'absence des signes neurovégétatifs indispensables (...), ce qui exclut effectivement un SDRC. A rappeler que [l'assuré] présente un état antérieur, à savoir une neuropathie du nerf sural droit, suite à un accident survenu en 2007". Le Dr Q. _____

souligne que, "par ailleurs, ni le Dr K._____, médecin traitant, ni le Dr M._____, spécialiste en analgésie à l'HFR, n'ont évoqué un SDRC; ils ont par contre retenu des douleurs neuropathiques du pied droit".

Tribunal cantonal TC Page 13 de 18 Enfin, le Dr Q._____ relève que, "dans son rapport médical intermédiaire du 16.10.2019 [cf. dossier II, pièce 78], le Dr P._____ a décrit les plaintes de l'assuré comme suit: « actuellement, les douleurs sont continues et évaluées entre 2.5 et 10/10 sur l'échelle visuelle analogique. Les douleurs intéressent la région péri-malléolaire externe droite avec une irradiation sur la face latérale du pied et proximale le long de la face externe de la jambe. Le questionnaire DN4 revient à 8/10, très évocateur d'une composante neuropathique ». Cette description est compatible avec la douleur neuropathique déjà connue, mais elle n'est en aucun cas suffisante pour retenir un SDRC". 7. Des rapports médicaux partiellement retranscrits ci-dessus et du dossier administratif, la Cour de céans retient ce qui suit. 7.1. L'accident du 12 juin 2007 a causé à l'assuré de multiples plaies à son pied droit, respectivement à sa cheville droite, avec section complète des tendons du péronier long et court. Une révision des différentes plaies et sutures des tendons du péronier long et court a eu lieu le même jour. Le traitement a ensuite été conservateur ainsi que médicamenteux. Une radiographie de contrôle de la cheville droite réalisée en juin 2008 s'est révélée normale. Une reconstruction du nerf sural au niveau de la cheville droite a toutefois dû être effectuée le 1er septembre 2008 en raison de l'apparition d'un neurome. L'évolution post opératoire – soit après les deux interventions chirurgicales du 12 juin 2007 et du 1er septembre 2008 – s'est pour l'essentiel caractérisée par une symptomatologie douloureuse qui s'est lentement améliorée jusqu'au printemps 2009, avant de connaître une récurrence à partir de l'été 2009. Cette récurrence des douleurs explique la déclaration de deux rechutes en 2009 et 2012. Elle a conduit l'assuré à entamer en automne 2010 un traitement spécifique de la douleur qui semble lui avoir été bénéfique, du moins passagèrement. Au moment de la clôture du cas par la Suva, en novembre 2011 (clôture du cas formellement confirmée par décision sur opposition du 20 février 2012), l'assuré avait été examiné par le médecin d'arrondissement de la Suva, le Dr J._____, lequel avait constaté que la cheville droite était objectivement calme et avait récupéré des amplitudes articulaires complètes, avec toutefois une cicatrice extrêmement sensible et entraînant des paresthésies à sa percussion. Le Dr J._____ n'excluait pas que le patient puisse rencontrer des difficultés lors de travaux sollicitant fortement ses chevilles, raison pour laquelle il l'incitait à se reconvertir professionnellement. 7.2. L'accident du 8 mars 2018 a non seulement causé à l'assuré une entorse à son pied droit (sans fracture), mais a aussi ravivé les douleurs neuropathiques à ce pied, respectivement à la cheville, douleurs consécutives au précédent accident survenu onze ans plus tôt, le 12 juin 2007. Le traitement a été conservateur, médicamenteux et ergothérapeutique.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 18 Une IRM du pied et de la cheville droits ainsi qu'une radiographie de la cheville droite, réalisées respectivement en mai et juillet 2018, se sont révélées normales. L'évolution de la situation s'est à nouveau caractérisée pour l'essentiel par des douleurs neuropathiques, principalement au niveau du nerf sural droit avec une hyperesthésie, respectivement une allodynie mécanique (appelée aussi allodynie tactile), de la cicatrice post opératoire. Cette symptomatologie douloureuse, devenue chronique, a été constatée cliniquement par tous les médecins traitants, à savoir le médecin praticien (Dr K._____), les spécialistes en chirurgie orthopédique (Dre O._____ et Dr N._____), ainsi que par les spécialistes en anesthésiologie et traitement interventionnel

de la douleur (Dre L. _____, Dr M. _____ et Dr P. _____). Elle n'est pas remise en cause. 7.3. Seule reste dès lors à résoudre la question centrale de savoir si, au moment où la Suva a cessé de prester avec effet au 15 décembre 2019, les douleurs dont se plaignait encore l'assuré au niveau de son pied droit, respectivement de sa cheville droite, continuaient d'être en relation de causalité naturelle avec l'accident du 8 mars 2018, respectivement avec celui du 12 juin 2007. 7.3.1. Du côté des médecins traitants, le Dr K. _____ continue d'attester régulièrement que l'accident du 8 mars 2018 a causé à son patient une entorse à la cheville droite et a réactivé les douleurs neuropathiques consécutives à l'accident du 12 juin 2007. La Dre O. _____ et le Dr N. _____ relatent eux aussi une progression des douleurs neuropathiques du nerf sural droit depuis le second accident du 8 mars 2018, sans toutefois constater de nouvelles lésions. Quant à la Dre L. _____ et au Dr M. _____, ils font également état de douleurs neuropathiques avec une recrudescence de celles-ci suite à la chute accidentelle du 8 mars 2018. Enfin, le Dr P. _____ relève que l'évolution a été globalement favorable depuis la reconstruction du nerf sural en 2008 jusqu'à une chute survenue sur la glace en 2018, qui a exacerbé la symptomatologie douloureuse. Il est le seul à suspecter un syndrome douloureux régional complexe. Ainsi, tous les médecins traitants ont initialement constaté un rapport de cause à effet entre l'accident du 8 mars 2018 et la résurgence des douleurs neuropathiques consécutives au précédent accident du 12 juin 2007, rapport que l'administration a également reconnu en acceptant de prester dans un premier temps. 7.3.2. Par la suite, ces mêmes médecins n'ont toutefois plus discuté davantage de l'intensité du lien que ces douleurs, devenues chroniques dans l'intervalle, continuaient d'avoir avec les événements accidentels de 2007 et 2018. En effet, au fil du temps et en particulier dans le contexte de la suppression du droit aux prestations, les médecins traitants se sont limités à continuer d'attester, de manière succinctement motivée, que ces douleurs trouvaient initialement leur origine dans l'accident de 2007 et qu'elles avaient été ravivées par celui de 2018, étant rappelé ici que le fait que des symptômes douloureux

Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 se soient manifestés uniquement après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir (a fortiori à continuer d'établir) un rapport de causalité naturelle avec celui-ci. 7.3.3. En revanche, le médecin-conseil de la Suva, le Dr Q. _____, a examiné en détail cette question précise, comblant en ce sens les lacunes de ses consœurs et confrères et apportant ainsi un complément nécessaire aux rapports de ces derniers. Pour rappel, le Dr Q. _____ a retenu que la chute accidentelle de 2018 n'avait pas occasionné de nouvelles lésions au niveau de la cheville droite ou du nerf sural droit, et que les critères d'un syndrome douloureux régional complexe n'étaient pas remplis. Il est arrivé à la conclusion que seule une aggravation passagère de l'état antérieur, d'une durée de six mois, s'était produite. 7.3.4. La Cour de céans se rallie à l'appréciation du Dr Q. _____ du 5 mars 2020, complétée le 6 novembre 2020, laquelle répond aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. En effet, elle émane d'un spécialiste en neurologie, considéré également par la jurisprudence comme étant un spécialiste en traumatologie de par sa fonction et sa position professionnelle au sein du centre de compétence de la médecine des assurances de la Suva, qui s'est basé sur un dossier médical complet incluant en particulier les rapports des médecins traitants et les résultats d'examens radiologiques, qu'il a résumés. Suite au second accident, le Dr Q. _____ a par ailleurs demandé à l'administration de requérir du médecin praticien traitant des renseignements médicaux supplémentaires (cf. rapport du Dr K. _____ du 18 février 2020 précité). On précisera ici que, dans la mesure où le Dr Q. _____ disposait

d'un dossier médical et radiologique complet et qu'il s'agissait uniquement d'apprécier le rapport de causalité naturelle entre les deux accidents et l'atteinte, un examen clinique par ledit médecin ne s'avèrerait pas nécessaire, d'autant plus que ce dernier s'est basé sur les constatations cliniques des médecins traitants avant de livrer ses conclusions. Il disposait dès lors de tous les éléments nécessaires afin de se prononcer en toute connaissance de cause. En outre, le Dr Q. _____ a pris en considération l'anamnèse de l'assuré ainsi que les douleurs ressenties par celui-ci, telles que retranscrites par les différents spécialistes. Il a décrit le contexte médical dans lesquelles elles s'inscrivaient. Enfin, ses conclusions sont claires et motivées de façon circonstanciée. En particulier, le Dr Q. _____ explique pourquoi, en l'absence de signe d'un traumatisme récent ou d'une aggravation déterminante objectivée de l'état antérieur, seule peut être retenue une aggravation passagère d'une durée de six mois. Il explique également pourquoi, en se référant aux examens cliniques effectués par le Dr N. _____ puis le Dr P. _____, les critères diagnostiques d'un syndrome douloureux régional complexe ne sont pas remplis. 7.3.5. Il sied de préciser ici qu'un tel syndrome, sous ses anciennes appellations d'algo(neuro)dystrophie ou de Sudeck, avait déjà été exclu par le Dr F. _____ en janvier 2008 après avoir été suspecté dans un premier temps par le Dr E. _____ en octobre 2007, et que seul le Dr P. _____ le suspecte à nouveau deux ans plus tard, en octobre 2019. A cet effet, la Cour de céans rappelle que, d'après la jurisprudence susmentionnée, pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle entre un accident et un syndrome douloureux régional

Tribunal cantonal TC Page 16 de 18 complexe, la personne doit avoir présenté au moins partiellement des symptômes typiques de celui-ci durant une période de latence de six à huit semaines après l'accident. Or, en l'espèce, un tel syndrome a été suspecté pour la première fois (par le Dr E. _____) quelque quatre mois après l'accident de 2007 et pour la seconde fois (par le Dr P. _____) plus de deux ans après celui-ci, respectivement plus d'une année et demie après le dernier accident de 2018. Il n'est dès lors de loin pas établi avec un degré de vraisemblance prépondérante que l'assuré a présenté au moins partiellement des symptômes typiques d'un syndrome douloureux régional complexe durant une période de latence de six à huit semaines après l'un ou l'autre des événements accidentels de 2007 et 2018. Il s'ensuit qu'un lien de causalité naturelle entre ces derniers et un hypothétique syndrome douloureux régional complexe devrait être considéré comme faisant de toute façon défaut. 7.3.6. Partant, sur la base de l'ensemble des rapports – qui ne s'opposent pas mais se complètent – émanant tant des médecins traitants que du médecin-conseil, la Cour retient qu'un lien de causalité naturelle entre l'un ou l'autre des accidents de 2007 et 2018 et les troubles persistants au-delà du 15 décembre 2019 – troubles qui s'inscrivent dans un contexte douloureux chronique exempt de nouvelles lésions objectivables – n'était plus probable selon le degré de la vraisemblance prépondérante requis en droit des assurances sociales. Il faisait dorénavant défaut. C'est dès lors à bon droit que la Suva a mis fin au service de ses prestations périodiques (indemnités journalières et frais médicaux) à cette dernière date. Sa décision est même bienveillante à l'égard de l'assuré dans la mesure où, si l'on se réfère à l'avis du médecin-conseil, elle aurait pu mettre un terme auxdites prestations bien plus tôt, dans les six mois qui ont suivi le second accident. Faute de lien de causalité naturelle suffisamment établi comme condition sine qua non du droit aux prestations, le recourant ne peut pas non plus prétendre désormais à de plus amples ou nouvelles prestations, que ce soit à une IPAI complémentaire ou à une rente. La cause ayant été suffisamment instruite pour permettre à la Cour de statuer sur la question litigieuse, il n'y a pas lieu d'ordonner, comme le requiert le recourant, la mise en œuvre d'une expertise

médicale, la production de son dossier médical tenu par le Dr K. _____ ou celle du dossier AI. Au demeurant, les pièces produites par le recourant devant la Cour, dont la majorité figuraient déjà dans le dossier constitué par la Suva, n'apportent aucun élément médical nouveau susceptible de remettre en cause la solution adoptée par cette dernière. 8. Compte tenu de ce qui précède, le recours du 27 août 2020 doit être rejeté et la décision sur opposition du 25 juin 2020 confirmée. Partant, le droit aux prestations de l'assurance-accidents cesse avec effet au 15 décembre 2019. 9. Reste à statuer sur la requête d'AJT afférente à la présente procédure de recours.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 9.1. Selon l'art. 61 let. f LPGA, le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti; lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Aux termes de l'art. 142 al. 1 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille. Selon l'al. 2 de cette dernière disposition, l'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable. D'après l'art. 143 al. 2 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties. En vertu de l'art. 145 al. 3, 1ère phrase, CPJA, la procédure relative à l'assistance judiciaire est gratuite. 9.2. En l'occurrence, le requérant allègue qu'il ne perçoit plus aucun revenu depuis la fin de son droit aux indemnités journalières de la Suva, en décembre 2019, qu'il n'a pas de fortune et qu'il vit uniquement grâce à l'aide de sa concubine avec qui il a eu un fils né en 2011. Il ressort au demeurant des pièces produites par le requérant que sa faillite personnelle a été prononcée le 16 janvier 2017 pour des dettes s'élevant à près de CHF 250'000.- et qu'il devra encore rembourser une dette d'aide sociale qui se montait à quelque CHF 16'000.- au 31 décembre 2019 (cf. bordereau du recourant, pièces 7 et 8). Son indigence paraît dès lors suffisamment établie sans de plus amples démonstrations. En outre, il n'était pas possible d'affirmer que le recours paraissait d'emblée dénué de toutes chances de succès pour un plaideur raisonnable, quand bien même celles-ci se sont révélées bien minces au fil de l'examen approfondi de la cause sur le fond, comme démontré ci-dessus. Enfin, on peut admettre que la difficulté de l'affaire justifiait l'assistance d'un avocat devant le Tribunal cantonal. 9.3. Dans ces circonstances, il convient de mettre le requérant au bénéfice de l'AJT dans le cadre de la procédure de recours introduite le 27 août 2020 et de lui désigner comme défenseur d'office le mandataire qu'il a choisi. 9.4. Compte tenu de la liste de frais détaillée produite par Me Daniel Känel le 3 février 2021, il se justifie de fixer l'indemnité due à ce dernier en sa qualité de défenseur d'office à CHF 2'355.- d'honoraires, soit 785 minutes (13.08 heures) au tarif horaire de CHF 180.- (art. 12 al. 1bis du Tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative [Tarif/JA; RSF 50.12]), plus CHF 90.50 de débours, étant précisé que les photocopies sont indemnisées à concurrence de 40 centimes/pièce (art. 9 al. 2 Tarif/JA), plus CHF 188.30 de TVA à 7.7% (sur CHF 2'445.50), soit à un total de CHF 2'633.80. Dite indemnité est mise à la charge de l'Etat de Fribourg, sous réserve d'un retour ultérieur à meilleure fortune du requérant au sens de l'art. 145b al. 3 CPJA, et sera versée directement à Me Daniel Känel.

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 9.5. En application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière (cf. art. 61 let. a LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au

31 décembre 2020), il n'est pas perçu de frais de justice. la Cour arrête : I. Le recours (605 2020 157) est rejeté. II. La requête (605 2020 158) d'assistance judiciaire totale est admise pour la procédure de recours (605 2020 157). Me Daniel Känel est désigné défenseur d'office. III. L'indemnité allouée à Me Daniel Känel en sa qualité de défenseur d'office est fixée à CHF 2'355.- d'honoraires, plus CHF 90.50 de débours, plus CHF 188.30 au titre de la TVA à 7.7%, soit à un total de CHF 2'633.80. Elle est mise à la charge de l'Etat de Fribourg et sera directement versée par celui-ci à Me Daniel Känel. IV. Il n'est pas perçu de frais de justice. V. 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 4 août 2021/avi Le Président : Le Greffier-rapporteur :

E. 10

novembre 2009 et le 17 février 2012 (cf. déclarations de sinistre LAA du 19 novembre 2009 et du 13 mars 2012 in dossier I, pièces 89, 90, 233 et 235) et ont également été prises en charge par la Suva.

E. 12

novembre 2019, 18 décembre 2018, 15 janvier 2019, 12 mars 2019, 9 avril 2019, 9 mai 2019, 18 juin 2019 et 5 septembre 2019 in dossier II, pièces 18, 26, 29, 48, 50, 58, 62, 65, 66, 72 et 79; certificats médicaux de l'HFR des 25 octobre 2018 et 15 novembre 2018 in dossier II, pièces 37 et 38; certificats médicaux du Dr K. _____ des 12 décembre 2019 et 16 janvier 2020 in bordereau du recourant, pièces 10 et 15; rapport du Dr K. _____ du 18 février 2020 in dossier II, pièce 104). De plus, dans un certificat médical du 23 novembre 2020 (produit par le recourant avec ses contre- observations du 1er décembre 2020), le Dr K. _____ a continué d'attester que son patient était au bénéfice d'un arrêt de travail à 100% depuis le 8 mars 2018. La Suva a couvert ces incapacités de travail jusqu'au 15 décembre 2019, soit durant une année et neuf mois, par le versement d'indemnités journalières représentant la somme de CHF 93'450.05 (cf. décompte d'indemnités journalières portant sur la période du 8 mars 2018 au 15 décembre 2019 in dossier II, pièce 129).

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