FR_GERICHTE 605 2021 151 vom 3. November 2022

FR Kantonsgericht, 2022-11-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2021_151

FR: FR_GERICHTE 605 2021 151 du 3 novembre 2022

IT: FR_GERICHTE 605 2021 151 del 3 novembre 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 10

octobre 2018, une instabilité de la cheville secondaire à une lésion ligamentaire, particulièrement du ligament talo-fibulaire antérieur, a été diagnostiquée, en conséquence de quoi elle a été opérée les 14 février et 26 septembre 2019. Le cas a été pris en charge par la SUVA, au titre de l'assurance-accidents. C. Le 18 avril 2018, parallèlement aux démarches entreprises auprès de la SUVA, la recourante a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, faisant valoir une atteinte à son pied gauche. D. Tout en continuant à ressentir des douleurs, la recourante a repris son emploi à son taux habituel de 78% dès le 14 mai 2018, avant d'être licenciée pour le 31 août 2018 et de trouver une activité d'agente d'accompagnement d'une navette de transports publics automatique dès le 1er septembre 2018, à 40% (voir dossier AI p. 3, 9, 24, 25. 140). La recourante a subi deux opérations à la cheville gauche le 14 février 2019 (plastie ligamentaire) et le 26 septembre 2019 (arthroscopie). Dans son rapport du 20 décembre 2019, le médecin d'arrondissement de la SUVA a indiqué que la situation n'était pas encore stabilisée et suggéré un séjour à B._____ afin d'évaluer les limitations fonctionnelles et de clarifier la situation concernant un éventuel syndrome douloureux régional complexe (SDRC ; Sudeck ; en anglais CRPS : complex regional pain syndrom) sous-jacent. La recourante a séjourné à B._____ du 25 février au 16 mars 2020 et du 30 juillet au 4 septembre 2020, le premier séjour ayant dû être interrompu en raison de la pandémie de coronavirus. Au cours du premier séjour, les diagnostics de probable SDRC (forme froide) et de légère irritation de la branche médiale du nerf péronier superficiel gauche ont été posés. Ces diagnostics ont été confirmés à l'issue du second séjour, un électroneuromyographe ne mettant pas en évidence de lésion nerveuse périphérique. Sur le plan de l'orientation professionnelle, le Service de réadaptation professionnelle de B._____ a recommandé la mise en place d'une aide au placement et estimé qu'une présence initiale à 50% paraissait raisonnable. La recourante a été examinée par le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin d'arrondissement de la SUVA, le 18 juin 2020, puis le 29 octobre 2020. Celui-ci a retenu que son état pouvait être considéré comme stabilisé. Il a diagnostiqué une entorse de la cheville gauche avec contusion du dôme astragalien interne, une atteinte dégénérative débutante prédominant au niveau cunéo-scaphoïdien et astragalo-scaphoïdien, un status après plastie ligamentaire externe et interne de la cheville avec microfractures ostéochodrales du dôme astragalien, des douleurs séquellaires sur probable syndrome douloureux régional complexe, forme froide et une neuropathie légère de la branche

médiale du nerf péronier superficiel. Il a relevé qu'objectivement, il n'existait pas d'évidence de Sudeck actif avec une absence d'activité volontaire

Tribunal cantonal TC Page 3 de 14 des loges antérieure et postérieure de la jambe gauche avec anesthésie et sans ankylose tibio- astraglienne notable. Il a également signalé une absence de steppage à la marche contrastant avec l'absence d'activité motrice distale. Afin de maintenir les acquis, il a recommandé une poursuite de la prise en charge à la consultation de la douleur, notamment la prise en charge d'une médication topique. Enfin, il a reconnu une pleine capacité de travail à la recourante, en tenant compte de ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges régulier au-delà de 5 kg, pas de marche prolongée sur terrain irrégulier, de réalisation répétée d'escaliers, d'utilisation d'échelles ou de travail en position contraignante pour la cheville telle que les positions à genoux ou accroupies ainsi que des positions statiques maintenues de façon prolongée). Dans le cadre d'une appréciation médicale séparée du même jour, le Dr C._____ a fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10%. E. Suite à la résiliation de son contrat de travail, qui a pris effet au 31 janvier 2021, la recourante a retrouvé un emploi à partir du 1er février 2021, en tant que chauffeure de bus scolaire, à temps partiel. F. Par courrier du 22 janvier 2021, la SUVA a annoncé à la recourante que la situation médicale pouvait désormais être considérée comme stabilisée et qu’elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l’indemnité journalière avec effet au 28 février 2021. Par décision du 23 avril 2021, confirmée sur opposition le 25 mai 2021, la SUVA a ensuite alloué à la recourante une rente d'invalidité de 11% à compter du 1er mars 2021. A cet effet, elle a retenu un revenu sans invalidité de CHF 59'800.- et un revenu avec invalidité de CHF 53'257.-, calculé sur la base des statistiques de l'ESS et en tenant compte d'un taux d'abattement de 5%. Elle a également octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%. G. Par acte du 23 juin 2021, A._____ interjette recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et subsidiairement au renvoi de la cause à la SUVA pour instruction complémentaire. A l'appui de son recours, elle produit un rapport d'enquête ménagère du 5 mai 2021 réalisé par l'Office de l’assurance-invalidité, duquel il ressort un empêchement de 23% au total pour l'activité ménagère. Sur le vu de ce document et du rapport de B._____ du 10 septembre 2020, elle estime que le médecin d'arrondissement de la SUVA a méconnu les limitations fonctionnelles auxquelles elle est confrontée et surestimé sa capacité de travail en ne tenant pas suffisamment compte de l'importance des douleurs qu'elle ressent. De même, elle estime que la décision querellée ne prend pas en considération sa fatigabilité accrue. Elle est dès lors d'avis qu'une expertise aurait dû être mise en œuvre. Elle conteste par ailleurs le revenu d'invalide fixé par la SUVA, considérant qu'un abattement du salaire statistique de 25% aurait dû être admis. Enfin, elle requiert également la production du dossier établi par l’OAI concernant sa situation. Dans ses observations du 30 septembre 2021, la SUVA conclut au rejet du recours. Elle relève que la recourante n'explique pas en quoi les constatations de son médecin d'arrondissement seraient contredites par l'enquête ménagère de l'OAI ou pour quelles raisons médicales ces constatations ne pourraient pas être suivies. Par ailleurs, elle produit une appréciation de l'enquête ménagère de l'OAI rédigée par son médecin d'arrondissement le 9 septembre 2021 et dont il ressort que la mobilité active inexistante de la cheville, la boiterie flagrante et les plaintes subjectives mentionnées par dite enquête ménagère ne sont pas explicables à la lumière de problèmes de santé objectivables. Cette appréciation mentionne également la contradiction entre les limitations montrées par l'enquête

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 ménagère et les constatations médicales objectives, notamment l'absence d'ankylose qui devrait être présente après 3 ans de déficit fonctionnel. Enfin, elle souligne que les douleurs déclarées contrastent avec l'absence d'inconfort particulier et que les éléments subjectifs sont en tout cas prépondérants et ne correspondent que partiellement aux déficits fonctionnels objectivables auxquels on devrait s'attendre. Dans sa détermination du 9 décembre 2021, la recourante souligne que le rapport du médecin d'arrondissement sur la base duquel la décision querellée a été rendue n'est pas seulement contredit par l'enquête ménagère de l'OAI, mais également par les constatations réalisées par les médecins de B._____, ses propres médecins traitants et même par le médecin d'arrondissement puisque celui-ci a qualifié la situation de stationnaire. Elle conteste également la remise en cause par ce dernier du diagnostic de SDRC au seul motif qu'il n'y aurait pas d'explication objective à ces douleurs. Dans son courrier du 2 mars 2022, la SUVA renvoie à sa décision ainsi qu'à ses observations du 30 septembre 2021. H. Le dossier établi par l'OAI a été versé au dossier de la présente cause en date du 3 octobre 2022. I. 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 compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. Droit aux prestations en cas d'accident En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. D'après l'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, sans revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 v 286 consid. 1b ; 117 V 369 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5a). Cependant, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'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 » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n°U 341 p. 408 s., consid. 3b). Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. Pour que cette condition soit remplie, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (arrêt TF 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 2.1 ; ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 117 V 359 consid. 4b). 3. Notion d'invalidité Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à

10% au moins par suite d’un accident, il a droit à une rente d’invalidité. Est réputée invalidité l’incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Il découle de cette notion d’invalidité que ce n’est pas l’atteinte à la santé en soi qui est assurée ; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c’est- à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). 3.1. 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 (art. 16 LPGA). 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 (méthode générale de comparaison des revenus ; arrêt TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1 et la référence). 3.2. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu’elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c’est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l’assuré avant l’atteinte à la santé, en tenant compte de l’évolution des salaires jusqu’au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). 3.3. En ce qui concerne le revenu d’invalide, on tient compte de la perte de gain effective si on peut admettre que la personne assurée utilise au mieux sa capacité résiduelle de travail et si le revenu obtenu est en adéquation avec la prestation fournie. On se fonde sur un revenu hypothétique lorsque la personne assurée ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l’accident (FRESARD-FELLAY, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 421 par. 286).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 Si l’assuré n’a pas repris d’activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d’invalide peut être évalué notamment sur la base des données salariales publiées par l’Office fédéral de la statistique (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]). Aux fins de déterminer le revenu d'invalide, les salaires fixés sur la base des données statistiques de I'ESS peuvent à certaines conditions faire l'objet d'un abattement de 25 % au plus (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3; 126 V 75 consid. Sb/aa-cc). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 146 V 16 consid. 4.1;126V 75 consid. Sb/aa). Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid.6.3; 135 V 297 consid,5.2; 134 V 322 consid.5.2; 126V 75 consid.5b/aa-cc). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 précité consid.

Sb/bb; arrêt 8C_50/2022 du

E. 11

août 2022 consid. 6.1.2 et les arrêts cités). 4. Appréciation des preuves Que ce soit pour calculer le degré d'invalidité ou évaluer l'importance de l'atteinte à l'intégrité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c). 4.1. En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). 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. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 4.2. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). Ainsi, un renvoi à l'autorité intimée demeure possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'alors non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (arrêt TF 8C_956/2011 du 20 juin 2012 consid. 5.3 et la référence citée). Les rapports des

médecins employés de l’assurance sont à prendre en considération tant qu’il n’existe aucun doute, même minime, sur l’exactitude de leurs conclusions (arrêts TF 8C_412/2019 du 9 juillet 2020 consid. 5.3.3, 8C_517/2017 du 12 juillet 2018 consid. 6.1, et les références citées). 5. Question litigieuse La recourante conteste le taux de la rente d'invalidité de 11% fixé par la SUVA. Plus spécifiquement, elle reproche à celle-ci d’avoir calculé ce taux en se fondant sur un revenu d’invalide correspondant à l’exercice à 100% d’une activité adaptée, avec une réduction de 5% en raison de limitations fonctionnelles. Elle demande la mise en œuvre d’une expertise médicale afin de déterminer quelle est sa réelle capacité de travail. 6. Rapports médicaux relatifs aux atteintes à la santé et à la capacité de travail déterminante 6.1. Dans son rapport médical du 20 décembre 2019, le Dr C._____, médecin d'arrondissement de la SUVA, rappelle que la recourante a été victime d'un traumatisme au niveau de la cheville gauche le 12 novembre 2017. Suite à l'évolution défavorable de sa situation, deux arthroscopies ont été réalisées. Il mentionne que la seconde arthroscopie, réalisée le 26 septembre 2019, confirme l'excellente stabilité des sutures ligamentaires ainsi que le bon aspect de la lésion du talus médial. Suite à l'examen de la recourante, il constate que la mobilité de la cheville et des orteils est impossible mais ne note pas d'ankylose, aussi bien au niveau tibio-astragalien que sous-astragalien.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 Il relève que la recourante annonce d'importantes douleurs allant d'une intensité de 5 à 10. S'agissant d’un éventuel SDRC évalué selon les critères de Budapest, il souligne que les critères 1 (douleur continue, disproportionnée par rapport à n’importe quel élément déclenchant) et 4 (pas d’autre étiologie) sont remplis et que l'on retrouve au moins un symptôme dans trois des quatre catégories (troubles sensoriels, troubles sudomoteurs, troubles vasomoteurs, troubles moteurs/trophiques) intégrées au critère 2 (présence de symptômes signalés par le patient). Concernant le critère 3 (présence de signes au moment de l’évaluation dans les quatre catégories susmentionnées), il note une asymétrie de température avec un pied gauche plus froid, mais relève que la recourante s'est présentée à l'examen avec le pied découvert en plein hiver. Concernant l'élément moteur, il constate une paralysie motrice quasi complète avec cependant une raideur articulaire. En revanche, les signes sudo-moteurs sont absents. En conclusion, il est d’avis que l'interprétation des signes cliniques demeure incertaine et qu'il est dès lors difficile d'affirmer ou d'infirmer l'existence d'un Sudeck sous-jacent, tout en soulignant qu'il n'existe pas de signe en faveur de ce diagnostic sur le plan de l'imagerie. Il constate toutefois qu’au vu de l’évolution de la situation au moment de son examen, il semble « relativement difficile de pouvoir reconnaître une capacité professionnelle ». C’est la raison pour laquelle il recommande un séjour à B._____ notamment pour clarifier la situation concernant un éventuel CRPS et afin de voir s’il est possible d’apporter un soulagement à l’assurée et d’établir un pronostic sur le long terme. 6.2. Dans son rapport du 27 janvier 2020, Dr D._____, chirurgien traitant, fait le point à quatre mois après la seconde arthroscopie. Il relève que la recourante évoque toujours une amélioration seulement de 50%, des douleurs dans la région dorsale du pied qui persistent, ainsi que des douleurs dans la région postéro-latérale de la cheville. Il précise qu’à l’examen clinique le Tinel (signe clinique utilisé pour tester le fonctionnement neurologique) de la plaie antéro-latérale a presque disparu, mais que sa patiente ressent toujours des douleurs dans la partie dorsale du pied, douleurs qui sont à son avis d’origine neuropathique. Il ajoute que les douleurs signalées à la cheville, au niveau des tendons péroniers, le sont sans qu’il retrouve d’instabilité de ceux-ci à l’examen. 6.3. Dans leur rapport du 25 mars 2020 faisant suite à un séjour d’environ trois semaines, le Dr E._____, Chef de service à B._____ et

spécialiste en médecine physique et réadaptation et en chirurgie orthopédique, et le Dr F._____, médecin-assistant, diagnostiquent des douleurs chroniques après entorse de la cheville gauche, une atteinte dégénérative débutante prédominante au niveau cunéo-naviculaire et dans une moindre mesure talo-naviculaire du pied gauche, ainsi qu'un probable SDRC forme froide (= la région atteinte est plus froide), les critères de Budapest étant remplis et aucun autre diagnostic ne pouvant rendre compte de l'ensemble du tableau clinique, en particulier « les trouvailles IRM qui apparaissent globalement de peu de gravité ». Sur le plan psychiatrique, aucun trouble psychopathologique n'est identifié, hormis une phobie des ascenseurs. Quant au plan neurologique, les médecins de B._____ mettent en évidence une neuropathie légère de la branche médiale du nerf péronier superficiel, en précisant toutefois que celle-ci ne peut pas expliquer toutes les plaintes de la recourante et qu'elle devrait n'avoir que peu de répercussions fonctionnelles. Ils soulignent que des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles, la recourante présentant une kinésiophobie légère à modérée et une forte sous-estimation de ses propres capacités fonctionnelles. Une composante psychogène au tableau clinique est ainsi probable, sans atteindre le seuil d'un trouble diagnostic et ne disqualifiant pas le diagnostic de SDRC. Ils soulignent que la situation n'est pas stabilisée sur le plan médical et posent un pronostic de réinsertion favorable dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles fixées

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 provisoirement comme suit : pour les membres inférieurs, pas de port de charge au-delà de 10 kg, pas de marche prolongée ou en terrain irrégulier, pas de position accroupie ou à genoux, pas de « réalisation répétée d'escaliers », port d'une chaussure fermée encore problématique. Dans leur rapport d'évaluation des capacités professionnelles du 10 septembre 2020 faisant suite à un second séjour d'un peu plus d'un mois, le Dr G._____, Chef de service à B._____ et spécialiste en médecine physique et réadaptation, H._____, maître socioprofessionnel, et I._____, psychologue, soulignent que les horaires en ateliers ont dû être adaptés avec une diminution du temps de présence (moins deux heures, en fin de journée) et une augmentation de la médication en raison de douleurs trop importantes. Ils mentionnent également que, compte tenu d'une situation personnelle et conjugale pas soutenante, une reprise du travail à 100% est « peut- être illusoire » même si une pleine capacité de travail peut être exigible à plus long terme. Ils recommandent la mise en place d'une aide au placement et estiment qu'une présence initiale à 50% paraît raisonnable. Dans un nouveau rapport du 18 septembre 2020, le Dr E._____, ainsi que la Dre J._____, médecin-assistant, maintiennent les diagnostics posés dans le rapport du 25 mars 2020. Ils relèvent que les douleurs ressenties par la recourante sont migratrices et qu'elles n'ont aucune explication neurologique, aucune atteinte des structures nerveuses n'ayant été détectée lors des examens. Ils mentionnent également que la recourante a présenté quelques épisodes difficilement caractérisables, décrivant une perte de force de toute la jambe durant quelques minutes, sans facteur déclenchant et avec à chaque fois une résolution spontanée. Sans poser de diagnostic sur le plan psychiatrique, ils n'écartent pas une composante fonctionnelle aux symptômes décrits par la recourante, ceux-ci ne pouvant s'expliquer que partiellement par les lésions objectives constatées. Ils soulignent à nouveau que la recourante présente une kinésiophobie légère à modérée et une forte sous-estimation de ses propres capacités fonctionnelles. Ils établissent les limitations fonctionnelles de la recourante comme suit: port de charges jusqu'à 5 kg, pas de marche prolongée, pas de marche fréquente en terrain irrégulier, pas de réalisation répétée d'escaliers, pas d'utilisation répétée d'échelles, pas de travail prolongé en position à

genoux. Enfin, ils estiment que la situation médicale sera stabilisée dans un délai d'un mois et posent un pronostic de réinsertion favorable dans une activité adaptée et respectant les limitations fonctionnelles, notamment compte tenu de l'engagement de la recourante à retrouver une activité. Les rapports de physiothérapie et d'ergothérapie joints au rapport du 18 septembre 2020 font ressortir le manque d'amélioration au cours du séjour, tant au niveau de la mobilité que de la diminution de la douleur. 6.4. Dans son rapport du 5 octobre 2020, le Dr K._____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement de la douleur, médecin traitant, fait état de douleurs de type neuropathique. Il estime être en présence d'une problématique de SDRC au décours avec une possible irritation du rameau fibulaire superficiel pour ce qui est de la douleur de type allodynique. 6.5. Dans son rapport d'examen final du 29 octobre 2020, le Dr C._____, médecin d'arrondissement, pose en résumé les diagnostics d'entorse à la cheville gauche, d'atteinte dégénérative débutante prédominant au niveau cunéo-scaphoïdien et astragalo-scaphoïdien à gauche, de status après plastie ligamentaire externe et interne de la cheville gauche avec microfractures, de douleurs séquellaires sur probable SDRC forme froide et de neuropathie légère de la branche médiale du nerf péronier superficiel. Il relève la présence d'une boiterie à la marche, la fin du déroulement du pas apparaissant comme gêné en raison d'un déficit d'extension de la cheville. Il mentionne: « objectivement, pas d'évidence de Sudeck actif, absence d'activité volontaire

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 des loges antérieure et postérieure de la jambe gauche avec anesthésie et sans ankylose tibio- astragalienne notable. A signaler une absence de steppage à la marche contrastant avec l'absence d'activité motrice distale ». Il souligne également l'absence d'inconfort particulier lors de l'examen. Il considère par ailleurs que la situation est plutôt stationnaire sur le plan médical et qu'elle ne s'améliore plus. De ce fait, il estime l'état clinique stabilisé. Il reconnait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et respectant les limitations fonctionnelles de la recourante (pas de port de charges régulier au-delà de 5 kg, pas de marche prolongée sur terrain irrégulier, de réalisation répétée d'escaliers, d'utilisation d'échelles ou de travail en position contraignante pour la cheville telle que les positions à genoux ou accroupies ainsi que des positions statiques maintenues de façon prolongée). Il fait enfin état de facteurs contextuels pouvant influencer de façon négative la reprise d'une activité et il recommande la mise en place d'une aide au placement. Par appréciation médicale séparée du même jour, il fixe le taux de l'atteinte à l'intégrité à 10%. 6.6. Selon le rapport d'enquête ménagère du 5 mai 2021 établi dans le cadre de la procédure relative à l'assurance-invalidité, la recourante est entravée dans la tenue de son ménage par le manque de mobilité de sa cheville ainsi que par les douleurs fréquentes et la limitation du port de charges. L'enquête conclut à un empêchement total après pondération de 22.79%. 6.7. Enfin, le Dr C._____ a encore établi une appréciation médicale le 9 septembre 2021, soit ultérieurement à la décision litigieuse. Cette appréciation, rédigée suite à l'enquête ménagère du 5 mai 2021 dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations de l'assurance-invalidité, relève les limitations mentionnées dans l'enquête, soit une mobilité active inexistante de la cheville, une boiterie flagrante ainsi que des plaintes subjectives telles qu'une hyposensibilité de la cuisse, du mollet et du pied ainsi qu'une impression de pied coupé, mais souligne que ces éléments avaient été mentionnés et constatés dans le rapport du 29 octobre 2020, le médecin d'arrondissement signalant à cette occasion qu'ils ne trouvaient pas une entière explication dans les lésions objectivées. Le Dr C._____ souligne par ailleurs que l'absence alléguée de motricité de la cheville devrait s'accompagner d'une ankylose puisque la recourante

indique qu’elle n’arrive pas à réduire l'attitude en équin de son pied et que l'articulation demeure ainsi immobile. Or, à l'examen après plus de trois ans de déficit fonctionnel, il constate que l'articulation demeure souple. En outre, la boiterie de la recourante est une boiterie de décharge avec absence de steppage, alors que l'attitude en équin du pied devrait avoir normalement pour conséquence une boiterie de type steppage. S'agissant des douleurs ressenties, il estime que l'enquête ménagère n'en fait pas vraiment un élément important et entravant, l'essentiel des difficultés trouvant leur origine dans la boiterie et l'élément moteur. Le Dr C._____ souligne par ailleurs que le diagnostic de SDRC est reconnu, mais que les éléments subjectifs sont clairement prépondérants, ne correspondant que partiellement aux déficits fonctionnels objectivables auxquels on devrait s'attendre. Il conclut en indiquant que l'enquête ménagère n'apporte pas d'éléments supplémentaires pour modifier les limitations fonctionnelles telles que précédemment décrites. On rappellera à l’égard de ce dernier rapport que, selon une jurisprudence constante, le juge examine la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, et qu'il n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou de l'état de fait qui sont postérieures à celles-ci (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 et 129 V 1 consid. 1.2). En application de cette jurisprudence, les rapports médicaux établis après la décision litigieuse n’ont en principe pas à être pris en compte dans le cadre de la procédure de recours.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 Toutefois, dans la mesure où ce rapport concerne la situation existant au moment du prononcé de la décision attaquée, la Cour peut malgré tout en tenir compte dans le cadre de la présente procédure. 7. Discussion sur les atteintes à la santé et la capacité de travail déterminante 7.1. Il ressort notamment des documents médicaux résumés ci-dessus que la recourante a subi un traumatisme au niveau de la cheville gauche en novembre 2017, qu’elle a subi ensuite deux arthroscopies, la deuxième en 2019, et que du point de vue strictement fonctionnel, l’atteinte dégénérative débutante prédominante au niveau cunéo-naviculaire et dans une moindre mesure talo-naviculaire du pied gauche, ainsi que la neuropathie légère de la branche médiale du nerf péronier superficiel, ne s’opposent pas à l’exercice d’une activité professionnelle adaptée, à 100%, avec les limitations suivantes: port de charges jusqu'à 5 kg, pas de marche prolongée, pas de marche fréquente en terrain irrégulier, pas de réalisation répétée d'escaliers, pas d'utilisation répétée d'échelles, pas de travail prolongé en position à genoux. Ces éléments ne sont en soi pas contestés. 7.2. La lecture des rapports médicaux compilés ci-dessus fait également apparaître que le diagnostic de SDRC est suspecté ou admis par tous les médecins ayant traité ou examiné la recourante, y compris le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr C._____. Selon la littérature médicale, le SRDC est une affection douloureuse caractérisée par des tuméfactions, des troubles de la circulation sanguine et une modification au niveau des bras, des mains, des jambes ou des pieds. Elle se développe au cours du processus de guérison après une blessure ou une intervention chirurgicale. Les causes exactes restent encore largement inconnues. On suppose qu’une réaction excessive du système nerveux lors du processus de guérison joue un rôle dans l’apparition de la maladie du SRDC. Les facteurs psychologiques, comme le stress ou des situations de vie difficiles, sembleraient avoir une influence sur l’apparition de la maladie du SRDC (voir arrêt TC FR 605 2020 199 du 13 septembre 2021 consid. 7.1 ; pour une description complète des critères dits de Budapest, permettant de poser le diagnostic de SRDC, voir notamment arrêt TF 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.1). 7.3. Les avis médicaux divergent par contre sur les effets du SRDC sur la capacité résiduelle de travail de la

recourante. 7.3.1. Dans ses différents rapports établis entre décembre 2019 et juillet 2021, le Dr C._____, médecin d'arrondissement de la SUVA, note que la recourante annonce certes d'importantes douleurs, mais relève en substance que celles-ci ne s'expliquent pas par les lésions objectives. Il estime par ailleurs que l'enquête ménagère ne retient pas vraiment que les douleurs alléguées sont un élément important et entravant, mais qu'elle met plutôt en évidence que l'essentiel des difficultés trouvent leur origine dans la boiterie et l'élément moteur. Il relativise par ailleurs fortement la portée du diagnostic de SDRC, en indiquant que les éléments subjectifs – ne correspondant que partiellement aux déficits fonctionnels objectivables auxquels on devrait s'attendre – sont clairement prépondérants. 7.3.2. Dans leur rapports établis en mars 2020 et septembre 2020 suite aux deux séjours d'évaluation, les médecins de B._____ sont moins affirmatifs que le Dr C._____ quant à la portée du SDRC. Il ne ressort pas de leurs évaluations que les effets de celui-ci pourraient être négligés pour évaluer la capacité de travail résiduelle de la recourante. Plus spécifiquement, même

 s'ils relèvent une kinésiophobie légère à modérée et une forte sous-estimation de ses propres capacités fonctionnelles, faisant apparaître d'une composante psychogène au tableau clinique comme probable, ils précisent que cette composante n'atteint pas le seuil d'un trouble diagnostic et ne disqualifie pas le diagnostic de SDRC. Ils mettent notamment en évidence que le port d'une chaussure fermée reste problématique, que la recourante n'est pas en mesure de tenir des horaires supérieurs à six heures par jour, que même avec ces horaires réduits elle a augmenté sa médication en raison de douleurs trop importantes. Sur cette base, tout en posant un pronostic de réinsertion favorable dans une activité adaptée et respectant les limitations fonctionnelles, ils estiment raisonnable une présence au travail à 50% dans un premier temps. Dans leur rapport d'évaluation des capacités professionnelles du 10 septembre 2020 faisant suite à un second séjour d'un peu plus d'un mois, le Dr G._____, Chef de service à B._____ et spécialiste en médecine physique et réadaptation, H._____, maître socioprofessionnel, et I._____, psychologue, soulignent que les horaires en ateliers ont dû être adaptés avec une diminution du temps de présence (moins deux heures, en fin de journée) et une augmentation de la médication en raison de douleurs trop importantes. Ils mentionnent également que, compte tenu d'une situation personnelle et conjugale pas soutenante, une reprise du travail à 100% est « peut- être illusoire » même si une pleine capacité de travail peut être exigible à plus long terme. Ils recommandent la mise en place d'une aide au placement et estiment qu'une présence initiale à 50% paraît raisonnable. 7.3.3. Les rapports du physiothérapeute et de l'ergothérapeute de B._____ font eux aussi état de douleurs dont l'intensité a pour effet en particulier de limiter l'élaboration d'un programme de rééducation adéquate et d'empêcher le port d'une chaussure fermée. 7.3.4. La problématique des effets du SRDC et sur les capacités fonctionnelles de la recourante est également au centre du rapport d'enquête ménagère établi en mai 2021 dans le cadre de la procédure relative à l'assurance-invalidité. Ce rapport met en particulier en évidence que la recourante est entravée dans la tenue de son ménage non seulement par le manque de mobilité de sa cheville et la limitation du port de charges, mais également par les douleurs fréquentes. Ces limitations dont fait état la recourante ont notamment pour conséquence concrète qu'elle bénéficie des services d'une aide familiale. 7.3.5. Enfin, le Dr K._____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement de la douleur, médecin traitant, fait lui aussi état de douleurs dans le contexte d'une problématique de SDRC, en précisant que ce syndrome est au décours, en lien avec une possible irritation du rameau fibulaire superficiel

pour ce qui est de la douleur de type allodynique. Il n’évalue toutefois pas les conséquences des douleurs ressenties sur la capacité de travail de la recourante. 7.4. Il ressort de ce qui précède que dans son appréciation sur laquelle se fonde la SUVA, le Dr C._____ ne se prononce pas du tout sur l’effet qu’ont les douleurs liées au SDRC sur la capacité de travail de la recourante. A cet égard, la seule remarque formulée dans le rapport du 9 septembre 2021, selon laquelle les éléments subjectifs sont « prépondérants et ne correspondent que partiellement aux déficits fonctionnels objectivables auxquels on pouvait s’attendre », ne saurait pallier cette absence d’analyse des conséquences du SDRC. Or, ces douleurs et leurs effets sur la mobilité et la fatigabilité de la recourante ne sont remises en cause en tant que telles ni par les médecins de B._____ qui ont suivi celle-ci durant deux séjours de plusieurs semaines, ni par les autres intervenants qui l’ont examinée. Au contraire, l’existence de ces douleurs a conduit les médecins de B._____ à considérer comme raisonnable une reprise d’activité à un taux initial de

 50%. Et d’autres intervenants ont relevé des limitations liées aux douleurs dans la capacité de la recourante à effectuer certains mouvements. L’appréciation médicale du Dr C._____ est dès lors insuffisamment motivée et ne peut être suivie, ce qui conduit à l’admission du recours et à l’annulation de la décision attaquée qui se fonde uniquement sur cette appréciation, sans discuter quelle pourrait être l’influence du SDRC sur la capacité de travail de la recourante. La cause sera ainsi renvoyée à l’autorité intimée pour instruction médicale complémentaire, sous la forme d’une expertise auprès d’un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l’appareil locomoteur, puis nouvelle décision. Ce médecin spécialiste, s’il l’estime nécessaire, s’adjoindra les services d’un spécialiste dans une discipline complémentaire à la sienne, par exemple en neurologie ou en psychiatrie. 8. Frais et dépens 8.1. La procédure étant gratuite dans les litiges en matière de prestations de l'assurance- accidents, il n'est pas perçu de frais de justice. 8.2. Ayant eu gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense. La mandataire a produit une liste de frais en date du 9 décembre 2021, faisant état d’honoraires de CHF 4'220.90 correspondant à 16 heures 53 minutes de travail, plus des frais de CHF 1'082.20. Les opérations facturées comprennent de nombreuses écritures relevant de la simple gestion administrative du dossier, y compris de nombreux courrier de transmission à une assurance de protection juridique. Les débours comprennent quant à eux plusieurs centaines de photocopies facturées au tarif de CHF 1.- par page. En conséquence, il sera retenu un temps de travail nécessaire de 15 heures au total au tarif de CHF 250.- par heure, ainsi qu’une indemnité forfaitaire de CHF 250.- pour les débours, soit un total de CHF 4'000.-. En ajoutant la TVA à 7.7% de CHF 308.-, l’indemnité de dépens sera ainsi fixée à CHF 4'308.- au total et sera mise intégralement à la charge de l’autorité intimée, qui succombe. (dispositif en page suivante)

 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision sur opposition attaquée est annulée et à la SUVA pour instruction médicale complémentaire, sous la forme d’une expertise auprès d’un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l’appareil locomoteur, au sens des considérants, puis nouvelle décision. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il est alloué à A._____, en main de sa mandataire, une indemnité de partie de CHF 3’750.- d’honoraires, plus CHF 250.- de débours, plus CHF 308.- de TVA à 7,7%, soit un total de CHF 4’308.-, à la charge de la SUVA. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification.

Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession de la recourante 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 3 novembre 2022/msu Le Président : Le Greffier-stagiaire :

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