

FR_GERICHTE 605 2021 227 vom 15. Dezember 2022

FR Kantonsgericht, 2022-12-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2021_227

FR: FR_GERICHTE 605 2021 227 du 15 décembre 2022

IT: FR_GERICHTE 605 2021 227 del 15 dicembre 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Recevabilité Interjeté en temps utile, auprès de l'autorité judiciaire compétente, par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

E. 2

Violation du droit d'être entendu

E. 2.1

Le droit d'être entendu est consacré à l'art. 29 al. 2 Cst. féd. Il permet notamment au justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, de fournir valablement des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, d'avoir accès au dossier, de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3; 135 I 279 consid. 2.3; 135 II 286 consid. 5.1; arrêt TAF A-8271/2015 du 29 août 2016 consid. 3.1.2). Le droit d'être entendu impose en outre à l'autorité de motiver clairement sa décision (ATF 134 I 83 consid. 4.1; arrêt TF 4A_408/2010 du 7 octobre 2010 consid. 2.1; arrêt TAF A-5228/2016 du 25 avril 2017 consid. 3.2.1). En matière d'assurances sociales, ce principe est concrétisé à l'art. 42 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 fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20). L'art. 42 LPGA prévoit ainsi que : "Les parties ont le droit d'être entendues. Il n'est pas nécessaire de les entendre avant une décision sujette à opposition". Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa; 126 V 132 consid. 2b). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1). Mais la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, même dans

Tribunal cantonal TC Page 5 de 18 l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait d'une gravité particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la mesure où le renvoi conduit formellement à un temps mort ainsi qu'à des retards inutiles,

incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 136 V 117 consid. 4.2.2.2; 132 V 387 consid. 5.1; ATF 133 I 201 consid. 2.2; arrêt TAF 2010/35 du 20 janvier 2010 consid. 4.3.1). En particulier, selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours pouvant contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée, à condition toutefois que l'atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée ne soit pas particulièrement grave, de sorte qu'il n'en résulte aucun préjudice pour le justiciable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2, 133 I 201 consid. 2.2; arrêt TF 8C_414/2015 du 29 mars 2016 consid. 2.3).

E. 2.2

En l'espèce, le recourant se plaint du fait que la SUVA a mentionné, pour la première fois dans sa décision sur opposition du 18 octobre 2021, une appréciation médicale du 26 mai 2021 (dossier SUVA pièce 354) qu'elle n'avait jamais communiquée au recourant. Dans cette appréciation médicale, la Prof. Dre F. _____, médecin d'arrondissement et spécialiste FMH en neurochirurgie, a notamment retenu ce qui suit : « Sur la base des documents médicaux, la situation est stabilisée. L'exigibilité est déjà définie par les experts de la CRR de la façon suivante : « Les limitations fonctionnelles pratiquement définitives suivantes sont retenues pour la cheville gauche : marche prolongée en terrain irrégulier, position accroupie prolongée, utilisation répétée d'échelles et/ou d'escaliers, la montée et descente de manière répétitive d'escaliers et le port de charges répété supérieur à 10-15 kg. La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de 1-3 mois ». Une IpAI a déjà été évaluée lors de l'appréciation du 08.07.2019. » (dossier SUVA pièce 354). Elle s'est donc entièrement référée à son appréciation médicale du 8 juillet 2019 s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'appréciation médicale du 8 juillet 2019 figure dans le dossier de la SUVA, à disposition du recourant pour consultation (dossier SUVA pièce 191). Il en va de même de celle du 26 mai 2021 (dossier SUVA pièce 354). Le recourant, au surplus représenté par un avocat, avait la possibilité de consulter le dossier sur la base duquel la décision du 24 juin 2021, respectivement la décision sur opposition du 18 octobre 2021, a été rendue. Le fait pour l'assurance de ne l'avoir pas expressément rendu attentif à cette appréciation médicale, qui n'était pas nouvelle dans son contenu mais se contentait de reprendre une appréciation médicale antérieure, ne constitue dès lors pas une violation de son droit d'être entendu. Il peut encore être ajouté que, même dans l'hypothèse où une telle violation aurait été retenue, elle aurait été réparée dans la présente procédure de recours. En effet, le recourant a eu largement l'occasion, dans ses écritures, de discuter les appréciations médicales en question. Le grief de violation du droit d'être entendu sera en conséquence rejeté. Autre est la question de savoir si la SUVA pouvait se fonder sur un document médical datant du 8 juillet 2019 pour fixer le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité dans sa décision du 24 juin 2021. Cette question sera analysée ultérieurement.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 18

E. 3

Règles relatives au droit à des prestations de l'assurance-accidents En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), si cette loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Dans le catalogue

des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA), le droit à l'indemnité journalière (art. 16 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA) et le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA).

E. 3.1

Règles relatives à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents

E. 3.1.1

Rente d'invalidité ordinaire 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. L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que le droit à une rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation d'un traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a un droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (arrêt TF 8C_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1 ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées).

E. 3.1.2

Rente transitoire L'art. 19 al. 3 LAA prévoit que le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard. En application de cette disposition, le Conseil fédéral a édicté l'art. 30 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202). Selon son al. 1, lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical ; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI (let. a), avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b) ou avec la fixation de la rente définitive (let. c). Il s'agit d'une rente transitoire destinée à permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'assurance-invalidité, de verser néanmoins une rente d'invalidité sans attendre ce résultat. C'est donc une prestation temporaire, fixée provisoirement, et qui doit être

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 allouée aussi bien pendant le déroulement des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité que pendant la période qui va de la fin du traitement médical jusqu'au moment où la décision est prise quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, cas échéant à la mise en œuvre de celles-ci (arrêt TF U 331/04 du 31 octobre 2005 consid. 2.2 et ATF 139 V 514 consid. 2.3). Cette rente, allouée à titre transitoire et jusqu'au moment où, à l'issue des mesures de réadaptation, il sera possible de

fixer de façon certaine le degré d'invalidité de l'assuré, ne doit pas être confondue avec la rente allouée à titre temporaire, sur la base d'une appréciation anticipée de l'invalidité en fonction de l'accoutumance prévisible de l'assuré aux séquelles de l'accident. La différence réside dans le fait que, dans le cas de la rente temporaire, seule l'activité qui peut raisonnablement être exigée de la part d'un assuré non encore réadapté, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est prise en considération (ATF 116 V 246 consid. 2b).

E. 3.1.3

Evaluation du taux d'invalidité

E. 3.1.3.1

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 citée). 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 citée). 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). 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]). La version 2012 de l'ESS a introduit quatre niveaux de compétences définis en fonction du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle. Le niveau 1 est désormais le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18 connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules. L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications mais plus sur les qualifications en elles-mêmes (voir arrêts TF 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4; 9C_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3). Aux fins de déterminer le revenu d'invalidé, les salaires fixés sur la base des données statistiques de l'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. 5b/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; 126 V 75 consid. 5b/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; 126 V 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'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 précité consid. 5b/bb; arrêt TF 8C_50/2022 du 11 août 2022 consid. 6.1.2 et les références citées). Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le tribunal des assurances sociales ne peut pas, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (arrêt TF 8C_716/2021 du 12 octobre 2022 consid. 5.5 et les références citées).

E. 3.1.3.2

Selon la jurisprudence, une rente transitoire fondée sur l'art. 30 OLAA doit être fixée d'après la méthode de comparaison des revenus, l'évaluation intervenant dans ce cas avant l'exécution éventuelle de mesures de réadaptation. Seule entre en considération, à cette date, l'activité qui peut raisonnablement être exigée de la part d'un assuré non encore réadapté, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (ATF 116 V 246 consid. 2c). Cette rente est allouée sur la base de l'incapacité de gain existant au moment de la fin du traitement médical. Elle n'est pas versée tant que l'assuré a droit à une indemnité journalière de l'AI (ibid., consid. 2b).

E. 3.2

Règles relatives à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité Aux termes de l'art. 24 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2, première phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (voir not. arrêt TC FR 605 2017 261 du 29 mars 2018 consid. 2a et les références citées).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (voir not. arrêt TC FR 605 2017 261 du 29 mars 2018 consid. 2b et les références citées). Ce n'est qu'en cas d'affections à la colonne vertébrale que le taux de l'atteinte à l'intégrité dépend de l'intensité des douleurs ressenties par l'assuré. Il incombe par conséquent aux médecins de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (voir not. arrêt TC FR 605 2020 155 du

E. 8

Indemnité pour atteinte à l'intégrité

E. 8.1

Rapports médicaux

E. 8.1.1

La Prof. Dre F. _____ a procédé le 9 juillet 2019, à une estimation de l'atteinte à l'intégrité, sur la base de son appréciation médicale de la veille. Elle a évalué l'atteinte à l'intégrité à 15%, invoquant les motifs suivants : « Notre estimation se base sur la table 5 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA pour une arthrose talo-crurale de la cheville G et une mobilité réduite en flexion/extension à 15-0-0o, par analogie à une arthrose tibio-tarsienne de la cheville G de degré moyen à grave, 15%. Cette estimation se fonde sur notre appréciation actuelle et le scanner du 27.05.2019 et devra être modifiée en cas d'aggravation ». Elle a pris en compte les différentes interventions subies par le recourant et a retenu la situation actuelle suivante : « Mobilisation avec 1 à 2 cannes et douleurs en appuyant sur le talon G selon le rapport orthopédique du Dr G. _____ du 27.05.2019, orthopédie de H. _____ : « L'évolution est stagnante. Le CT montre une amélioration de la guérison de l'os. Il peut charger selon douleurs. [...] le potentiel d'amélioration de la mobilité reste faible. » (dossier SUVA pièce 191). Du 8 octobre 2019 au 6 novembre 2019, le recourant a séjourné auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR). Après avoir repris les diagnostics du recourant (traumatisme de la jambe gauche, le 15.02.2017 avec fracture du pilon tibial et fracture du péroné gauche, ouverte Gustillo II,

ostéosynthésées), les experts ont retenu qu'il souffrait de douleurs mécaniques de la tibio-talienne gauche en ceinture, constantes, d'une intensité de 1-2 à 7-8/10, irradiant en proximal du tiers distal de la jambe. Ces douleurs seraient aggravées par la station debout prolongée et la marche et elles seraient calmées par le froid et le repos. Les experts ont également relevé une hyposensibilité et des fourmillements des orteils 2, 3 et 4 gauches et de la face dorsale des métatarses correspondants. Il a été souligné que les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels pourraient en effet influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : notamment une kinésiophobie modérée à sévère, un catastrophisme élevé et une perception du handicap fonctionnelle majeur chez un patient avec des traits d'anxiété. Les experts ont également mentionné la possibilité d'avoir recours à une arthrode de la cheville, en précisant toutefois qu'il n'était pas certain que l'issue d'une telle intervention soit favorable pour le recourant (dossier SUVA pièce 210). Dans le cadre de son séjour auprès de la CRR, le recourant a été soumis, le 11 octobre 2019, à un ENMG (Électroneuromyogramme) par le Dr I._____, spécialiste en neurologie. Il ressort ce qui suit de l'examen clinique neurologique dirigé : « La marche se fait avec une boiterie de décharge aux dépens du MIG, avec un défaut de déroulement du pied. Il existe une limitation des amplitudes articulaires de la cheville gauche qui est par ailleurs très douloureuse à la mobilisation. [...] Impotence fonctionnelle globale des mouvements de flexion-extension mais également inversion-éversion du pied, sans qu'il soit possible de distinguer entre un déficit moteur ou une limitation

Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 volontaire des mouvements en lien avec la douleur. Au niveau sensitif, l'examen est également difficile avec une hypoesthésie discrète mais diffuse, sans systématisation tronculaire, du pied semblant toucher aussi bien la face dorsale que la plante du pied. Absence d'amyotrophie musculaire à la cuisse mais discrète amyotrophie de la jambe » (dossier SUVA pièce 210). Il ressort ce qui suit du rapport de consultation orthopédique de la CRR du 23 octobre 2019, établi par le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique : « A l'examen clinique, le patient sous- utilise le peu de mouvement qu'il a, il arrive tout juste à -2/-3° donc il est en équin à G, il a une flexion plantaire de 10° mais il ne l'utilise pas. A D, il est à peu près à 10°-0-30°. Il a une sous-astragaliennne qui est enraidie, dès qu'on le touche il a mal. Il a des douleurs aussi bien autour de la cheville que sur l'ancienne zone de fracture des 2 os de la jambe distalement. ». Le 17 février 2020, le recourant a fait l'objet d'un examen médical par la Clinique de chirurgie orthopédique de H._____. Le diagnostic principal suivant a été retenu : douleurs persistantes de la cheville gauche à caractère non mécanique, DD maladie de Sudeck, athériopathie oblitérante, arthrose post-traumatique, conflit tibio-astragalien antérieur. Il a été expliqué au patient qu'une partie des douleurs au moins était imputable à un conflit tibio-astragalien associé à une arthrose avec un pincement de l'interligne marqué au niveau antéro-médial à la jonction tibio-astragaliennne. Toutefois, selon le Dr G._____, cette arthrose ainsi que le conflit associé n'expliquent pas toute la symptomatologie du patient. En particulier, certains éléments de l'anamnèse évoquent un syndrome d'algoneurdystrophie tandis que d'autres évoquent un problème d'origine vasculaire. C'est pourquoi il a suggéré une analyse angiologique ainsi que rhumatologique, pour un bilan artériel du membre inférieur gauche, d'une part, et l'examen d'une éventuelle maladie de Sudeck, d'autre part. (dossier SUVA pièce 256). Il est d'emblée relevé que toute cause artérielle a été exclue par la Dre J._____, spécialiste en angiologie et médecine

interne générale (dossier SUVA pièce 281). Dans son rapport médical du 5 mai 2020, la Dre L. _____ a exposé que le recourant ne pouvait pas se déplacer sans béquilles, qu'il ne chargeait toujours pas complètement son membre inférieur gauche de plus de quelques pas, qu'il souffrait de douleurs de repos et de douleurs exacerbées à la marche, ce qui l'entravait dans ses activités quotidiennes (dossier SUVA pièce 264). Selon le rapport de physiothérapie du 14 juillet 2020 de M. _____, qui a suivi le recourant jusqu'en janvier 2019, il n'a pas été possible de travailler le membre inférieur à cause des douleurs. Partant, selon lui, il ne pouvait pas prévoir d'amélioration de la mobilité, force et stabilisation du pied. Il a précisé qu'en janvier 2019, le recourant avait toujours des douleurs, mais il arrivait à marcher avec une canne en faisant un bon déroulement du pied gauche. Il a ajouté qu'en mars 2019, après avoir enlevé les plaques d'ostéosynthèses, le recourant a subi une perte de mobilité de la cheville gauche, une perte de sensibilité de la force dorsale du pied gauche ainsi qu'une atrophie générale du membre inférieur. C'est la raison pour laquelle, selon lui, la fonction normale du pied n'a pas pu être maintenue et l'état général du recourant s'est dégradé (pièce 6 du recours). Le recourant a effectué un nouveau séjour à la CRR du 18 août 2020 au 9 septembre 2020 (dossier SUVA pièce 306). Aucun nouveau diagnostic n'a été posé (par rapport au premier séjour à la CRR) et celui de Syndrome Dououreux Régional Complexe du pied (SRDC ou CRPS ou maladie de Sudeck) n'a pas été retenu. Il a été précisé que l'infiltration-test de la tibio-talienne avec un anesthésique local avait permis une nette diminution des douleurs, de plus de 50%, mais que la mobilité restait quand même diminuée, sans toutefois d'arrêt dur. Selon les experts, le patient aurait eu une participation moyenne aux thérapies, la douleur étant restée au premier plan. De plus, certaines incohérences auraient été observées (dossier SUVA pièce 312).

Tribunal cantonal TC Page 16 de 18 Toujours dans le cadre de son séjour à la CRR, le recourant a été vu à la consultation du Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Sa situation a été appréciée de la manière suivante : « L'imagerie à disposition et surtout le SPECT-CT peut expliquer des douleurs importantes à la charge et une certaine raideur articulaire. Elle ne permet cependant pas à expliquer la position en équin fixe de la cheville et notamment de savoir si cet équin est dû à un conflit mécanique ou vraiment qu'à une position antalgique. » (dossier SUVA pièce 313). Le 3 septembre 2020, le recourant a été vu par la Dre O. _____, spécialiste en antalgie, acupuncture et psychosomatique. Selon elle, le patient présente tous les signes d'un CRPS type I, tout en évoquant la possibilité d'une cause rhumatologique. La médecin a également confirmé les problématiques de kinésiophobie (centralisation de la douleur) et de catastrophisme chez le recourant (dossier SUVA pièce 308).

E. 8.1.2

Le 27 octobre 2020, la Prof. Dre F. _____ a procédé à une nouvelle appréciation médicale. Elle s'est référée aux rapports médicaux antérieurs, et notamment à l'évaluation faite lors du séjour à la CRR. Elle a notamment mentionné l'éventualité d'une arthrodèse ou prothèse de cheville. S'agissant de la stabilisation médicale, la Prof. Dre F. _____ a considéré que sans nouvelle intervention chirurgicale (arthrodèse/prothèse) la stabilisation médicale ainsi que l'exigibilité de son rapport étaient définitives. Pour ce qui est de l'estimation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle a considéré qu'elle devait être revue après clarification. Si elle n'a pas précisé ce qui devait être clarifié, l'on comprend qu'elle fait référence à l'éventuelle arthrodèse/prothèse (dossier SUVA pièce 316). Le 12 mars 2021, le recourant a été vu par le Dr P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique

au Centre du pied, à Q._____. Au niveau de l'examen clinique, le médecin précité a exposé ce qui suit : « On retrouve une position en équin varus que je n'arrive pas à réduire en raison des douleurs. La mobilité me semble être conservée mais elle est accompagnée de violentes douleurs ce qui empêche une correction en plantigrade. Le patient décrit également des troubles sensitifs avec des coups d'électricité lorsque j'appuie sur différents tissus mous qui entoure la cheville. La perfusion me semble être en ordre avec un pouls pédieux et un tibiais postérieur palpables. » (dossier SUVA pièce 330). Selon lui, la situation est compliquée et la position en équin varus est inacceptable. Il a informé le patient qu'une arthrodèse permettrait de corriger la position du pied afin d'améliorer la marche, mais qu'elle ne ferait pas complètement disparaître les douleurs. Selon son rapport de consultation du 29 mars 2021, le Dr R._____, chef de clinique auprès de la Clinique de chirurgie orthopédique de H._____, a observé chez le recourant un pied (gauche) en équin, accompagné de douleurs. Il a été proposé au recourant de faire une arthrodèse (dossier SUVA pièce 349). Dans un courrier du 20 mai 2021, l'avocat du recourant a informé la SUVA que ce dernier renonçait à se soumettre à une arthrodèse, la nature exacte et les bénéfices d'une telle intervention n'étant pas clairs (dossier SUVA pièce 352).

E. 8.1.3

Le 26 mai 2021, la Prof Dre F._____ a fourni à la SUVA une appréciation médicale actualisée. Se référant aux rapports médicaux au dossier et à la renonciation du recourant à subir une nouvelle intervention chirurgicale, elle a considéré que sa situation était stabilisée. S'agissant de l'exigibilité, elle s'est référée aux limitations fonctionnelles retenues par les experts de la CRR.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 Enfin, elle a confirmé son évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité du 8 juillet 2019 (dossier SUVA pièce 354).

E. 8.2

Discussion sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité Tel qu'exposé plus haut, la Prof. Dre F._____ a estimé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15% sur la base d'une arthrose talo-crurale de la cheville gauche et une mobilité réduite en flexion/extension à 15-0-0o, par analogie à une arthrose tibio-tarsienne de la cheville gauche de degré moyen à grave. Il est précisé qu'elle a retenu un faible potentiel d'amélioration. Dans les différents rapports médicaux susmentionnés, il est fait état d'une mobilité très réduite de la cheville gauche. Il n'a toutefois pas pu être déterminé si cette raideur avait des origines antalgiques ou si elle provenait d'un conflit mécanique. Les Drs I._____ et N._____ n'ont pas pu déterminer les causes de la diminution de mobilité de la cheville gauche du recourant. Le Dr K._____, de son côté, a estimé que le recourant sous-utilisait la mobilité restante dont il disposait. Selon le Dr G._____, la symptomatologie douloureuse du patient ne s'explique pas complètement par l'arthrose et le conflit associé. Or, tant la cause artérielle que la maladie de Sudeck (SRDC ou CRPS) ont été rejetées. A cet égard, il est précisé que la Dre O._____ a observé que le recourant présentait tous les signes d'un CRPS type I, mais a précisé que le bilan pouvait être complété par une consultation en rhumatologie pour exclure une telle cause, bien que le diagnostic de CRPS lui semblait le plus probable. Elle a donc admis que le CRPS n'était pas la seule explication aux troubles dont souffre le recourant. Le physiothérapeute M._____ a retenu que la mobilisation de la cheville était rendue difficile par le fait des douleurs subies par le recourant. Enfin, selon le Dr P._____, la mobilité de la cheville est conservée mais accompagnée de violentes

douleurs. La Cour relève que vu le niveau de participation du recourant aux thérapies mises en place durant le séjour à la CRR, sa kinésiophobie et son catastrophisme élevé, la diminution de mobilité doit être appréciée avec retenue. Quoi qu'il en soit, pour une telle affection, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité estimé par la Prof Dre F. _____, et repris par la SUVA dans sa décision, tient compte de l'atteinte effective subie par le recourant. En effet, selon l'annexe 3 OLAA, la perte d'un pied donne droit à une indemnité de 30%. En cas de perte partielle, ce taux doit être réduit en conséquence. Or, le recourant n'a pas totalement perdu l'usage de son pied, qui est toutefois rendu difficile par d'importantes douleurs à la mobilisation. Partant, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% doit être confirmée.

E. 9

Sort du recours et frais Sur le vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure étant gratuite en matière d'assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais de justice. Le recourant qui succombe n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario).

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 la Cour arrête :

I. Le recours est rejeté. Partant, la décision est confirmée. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 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 15 décembre 2022/sal Le Président : La Greffière-rapporteuse :

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