

FR_GERICHTE 605 2021 96 vom 1. April 2022

FR Kantonsgericht, 2022-04-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2021_96

FR: FR_GERICHTE 605 2021 96 du 1 avril 2022

IT: FR_GERICHTE 605 2021 96 del 1 aprile 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 30

septembre 2019 ainsi que le refus d'une rente LAA. D. Le 15 avril 2021, A. _____, représenté par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours contre cette dernière décision. Il conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à la SUVA pour mise en œuvre d'une expertise médicale auprès d'un spécialiste en antalgie et nouvelle décision. En substance, il conteste l'existence d'une capacité de travail résiduelle retenue par la SUVA en raison des fortes douleurs permanentes au genou gauche dont il souffre toujours, qui ont été reconnues par différents médecins et qui résultent bien des séquelles de l'accident du 6 septembre 2007. Dans ces conditions, l'appréciation des médecins de la SUVA, qui ne tient pas compte de ces douleurs dans le cadre de l'évaluation de la capacité résiduelle, repose sur une constatation incomplète des faits et ne peut être suivie. Partant, une expertise médicale auprès d'un spécialiste en antalgie est indispensable pour évaluer la capacité de travail résiduelle. Le 22 avril 2021, il produit un rapport médical complémentaire attestant de la persistance des douleurs au genou gauche. Le 28 avril 2021, il produit encore un nouveau rapport médical relatif, notamment, à l'origine des douleurs au genou gauche et à leur influence sur la capacité de travail résiduelle. Dans ses observations du 25 juin 2021, la SUVA propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Elle relève notamment que la capacité de travail résiduelle retenue repose sur l'appréciation concordante de deux de ses médecins, qui ont tous deux pris en considération les douleurs persistantes pour fixer les limitations fonctionnelles. S'agissant des rapports médicaux complémentaires produits par le recourant, ils ont été soumis au centre de compétence de la SUVA, qui a estimé que contrairement à l'avis du chirurgien traitant, rien ne s'opposait à la reprise d'une

Tribunal cantonal TC Page 3 de 18 activité adaptée, en soulignant notamment que le recourant semblait ne pas se prêter à toutes les thérapies proposées, notamment aux traitements antalgiques. Le 20 septembre 2021, le recourant se détermine sur ces observations et sur cette dernière appréciation médicale, en relevant qu'il prend bien un traitement antalgique. Le 27 octobre 2021, la SUVA confirme ses conclusions. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que nécessaire à la solution du litige. en droit 1. Recevabilité Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. Prestations LAA 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. 2.1. L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA ; RS 830.1]) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). De même, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b). 2.2. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de 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 (art. 19 al. 1 LAA). 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).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 18 Ce qu'il faut entendre par « sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré » n'est pas décrit par le texte de la disposition légale. Eu égard au fait que l'assurance-accidents sociale vise, selon sa conception même, les personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), cette notion est définie notamment par la mesure de l'amélioration attendue de la capacité de travail ou celle de sa reprise, pour autant que celle-là ait été influencée par un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Cette disposition délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à une rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé. Il ne suffit donc pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.3; RAMA 2005 p. 366), ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (arrêts TF U 305/03 du

E. 31

août 2004 et U 89/95 du 21 novembre 1995; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd. 1989, p. 274). 2.3. Une fois que le traitement médical d'un événement assuré a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance- maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA. Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un

laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur- accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 123 V 137 consid. 3a; 118 V 293 consid. 2c et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (arrêt TF 8C_171/2016 du 29 avril 2016 consid. 2.2 et les références). 3. Rente 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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 18 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. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Pour la comparaison des revenus, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n° U 168 p. 97 consid. 3b). Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2; 114 V 310). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident. 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 citée). 3.3. En ce qui concerne le revenu d'invalidité, 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 (FRÉSARD-FELLAY, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, 2015, § 286 p. 421). 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'invalidité peut être évalué notamment sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique. Le montant du salaire ressortant des données statistiques peut être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidité. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière

schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. 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. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25%. Une déduction globale

Tribunal cantonal TC Page 6 de 18 maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). 3.4. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts TF 8C_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2, 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2, et les références citées). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité – et non de facteurs étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt TF 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 5.4 et les références citées). Ainsi, s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt 9C_329/2015 précité consid. 7.2 et la référence citée).

4. Degré de la preuve Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). 4.1. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit

examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351).

4.2. En droit des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles (art. 108 al. 1 let. c LAA). Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3).

4.3. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références citées ; cf. ATF 130 III 324 s. consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

4.4. S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui et à s'exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; RCC 1988, p. 504 consid. 2).

4.5. Enfin, le simple fait que le médecin consulté soit 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 présomption à l'égard de l'assuré. Ainsi, le juge 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. Cela étant, dans une

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18 procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes, même faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis (arrêt du TF 8C_456/2010 du 19.04.2011 consid. 3 et la référence citée). En effet, 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, le juge 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). 5.

Question litigieuse et examen du dossier médical Est seule litigieuse en l'espèce l'appréciation par la SUVA de la capacité de travail résiduelle du recourant et, partant, son droit à une rente LAA. La stabilisation de l'état de santé au 30 septembre 2019 n'est en revanche plus contestée au stade du présent recours. Pour le recourant, l'instruction effectuée par la SUVA ne tient pas compte des douleurs résiduelles dont il souffre de manière permanente, alors que celles-ci influencent négativement sa capacité de travail résiduelle. Pour la SUVA au contraire, ces douleurs ont bien été prises en compte par les médecins d'arrondissement qui se sont prononcés sur la capacité de travail résiduelle, de sorte que celle-ci doit être confirmée. Qu'en est-il ? Il s'agit de revenir sur le dossier médical. 5.1. Evènement du 6 septembre 2007 Par déclaration de sinistre du 20 septembre 2007, B. _____ SA a annoncé à la SUVA un évènement survenu le 6 septembre 2007, lors duquel son employé A. _____, né en 1967, façonneur à 100% depuis 1992, s'est tordu le genou gauche (dossier SUVA, pièce 2). Suite à cet évènement, il avait consulté le médecin de garde le 8 septembre 2007, puis son médecin traitant, le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale, qui avait attesté d'une incapacité de travail totale dès le 18 septembre 2007 (dossier SUVA, pièces 3 et 4). Une IRM du genou gauche du 20 septembre 2007 avait mis en évidence une « contusion osseuse sous-chondrale latérale du condyle fémoral interne avec élongation sous forme d'une déchirure partielle du LLI se traduisant par une atteinte profonde du ligament ménisco-fémoral », une « déchirure du LCA », des « ostéochondromes articulaires postérieurs » ainsi qu'une « déchirure du

Tribunal cantonal TC Page 9 de 18 corps et de la corne postérieure du ménisque externe avec lésions ostéochondrales dégénératives pluri-focales » (dossier SUVA, pièce 6).

L'assuré avait pu reprendre son travail à 100% dès le 6 janvier 2008 (dossier SUVA, pièce 19). 5.2. Première annonce de rechute du 28 août 2008 et première opération du 14 avril 2009 Suite à une recrudescence des douleurs, une nouvelle IRM du genou gauche avait été effectuée le 24 juin 2008. A cette occasion, les conclusions suivantes avaient été retenues : « Probables séquelles d'une entorse grave, ayant entraîné : - une rupture totale du ligament croisé antérieur, avec actuellement un recul de l'alignement fémoro-tibial ; - une lésion du

ménisque externe, probablement également ancienne et également un foyer d'ostéochondrite incomplet du condyle fémoral externe » (dossier SUVA, pièce 14). Une rechute avait dès lors été annoncée à la SUVA le 28 août 2009 (dossier SUVA, pièce 20). Le 14 avril 2009, l'assuré avait été opéré par le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (« arthroscopie du genou gauche, reconstruction du ligament croisé antérieur par plastie autologue de demi-tendineux, demi-membraneux, selon technique TSL. Micro-fracture selon Steadmann. Toilettage du ménisque externe » ; dossier SUVA, pièce 33). L'assuré avait ensuite repris le travail à 50% le 14 septembre 2009 (dossier SUVA, pièces 49-50 et 64), puis à 100% dès le début d'année 2010 (dossier SUVA, pièce 67). Un examen médical final avait eu lieu le 23 février 2011 auprès du Dr E. _____, médecin d'arrondissement de la SUVA, qui avait constaté une évolution favorable, sans épanchement ni instabilité, ni signe d'arthrose, avec seules des douleurs occasionnelles en fin de journée. Le médecin d'arrondissement avait dès lors estimé qu'il n'existait aucune restriction quant à l'exigibilité et que les conditions d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) n'étaient pas remplies (dossier SUVA, pièce 73).

5.3. Annonce de rechute du 15 janvier 2013 Le 15 janvier 2013, l'employeur de l'assuré a annoncé une nouvelle rechute dès le 5 septembre 2012, sans incapacité de travail (dossier SUVA, pièce 81). Dans un rapport du 12 août 2013, le Dr D. _____ a indiqué que son patient l'avait reconsulté au mois de septembre 2012 en raison de la réapparition de douleurs. Il a constaté la présence « d'une lésion arthrosique du compartiment externe ainsi qu'une importante lésion méniscale externe », qualifiée d'« arthrose post-traumatique du genou gauche », nécessitant à moyen terme l'implantation d'une prothèse totale du genou (dossier SUVA, pièce 90). A ce stade, la SUVA a estimé qu'il s'agissait du « développement progressif d'une arthrose qui était inexistante lors du bilan final du 24.02.2011 » et que la question de la prise en charge d'éventuelles opérations futures serait examinée le moment venu (dossier SUVA, pièce 93).

5.4. Annonce de rechute du 3 avril 2017 et opérations des 31 mars et 2 juin 2017 Dans un rapport du 8 février 2017, le Dr D. _____ a indiqué que son patient l'avait consulté à nouveau le 23 janvier 2017 en raison de « sensation de craquement et de lâchage itératif dans le

Tribunal cantonal TC Page 10 de 18 genou gauche et de douleurs aiguës » et a proposé une première arthroscopie, réalisée le 31 mars 2017, en vue de décider de la pose d'une prothèse totale du genou (dossier SUVA, pièces 97 et 114). Le 3 avril 2017, l'employeur de l'assuré a annoncé le cas à la SUVA en tant que rechute avec une nouvelle incapacité de travail dès le 31 mars 2017 (dossier SUVA, pièce 101). Le 3 mai 2017, le Dr D. _____ a indiqué que l'arthroscopie du 31 mars 2017 avait permis de constater que « la greffe du ligament est légèrement distendue mais encore présente et que l'arthrose du compartiment externe a beaucoup progressé avec un ménisque totalement absent et une éburnation complète du cartilage ». Il a dès lors confirmé l'indication d'une prothèse unicompartimentale externe du genou gauche (dossier SUVA, pièce 110). Cette intervention a eu lieu le 2 juin 2017 (dossier SUVA, pièce 119). Après 6 mois d'incapacité de travail postopératoire, l'assuré a été licencié par son employeur, pour lequel il travaillait depuis 1991, avec effet au 31 décembre 2017 (dossier SUVA, pièces 132 et 179).

5.5. Opération du 27 février 2018 et évolution Face à une évolution médiocre, le Dr D. _____ a proposé une nouvelle intervention (dossier SUVA, pièce 139). Le 7 février 2018, ce médecin a précisé que le but de cette nouvelle opération serait de « pouvoir redonner une capacité de travail au patient même si cela ne sera probablement pas dans son activité préalable de ferrailleur » (dossier SUVA, pièce 166). Une nouvelle arthroscopie du genou gauche a ainsi été réalisée par ce

médecin le 27 février 2018 (dossier SUVA, pièce 173). Face à des douleurs encore bien présentes dès la reprise de la marche, le Dr D. _____ l'a adressé le 4 juillet 2018 au Dr F. _____, médecin praticien, en vue d'une « thérapie par ATP 38 en espérant que celle-ci pourra apaiser au moins une partie de la symptomatologie de type inflammatoire » (dossier SUVA, pièce 203). Un examen médical final a eu lieu le 20 septembre 2018 auprès du Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA. A cette occasion, l'assuré a signalé la persistance de douleurs à caractère constant, en augmentation lors de la mise en route et lors des déplacements. Le médecin d'arrondissement a alors considéré que la situation n'était pas stabilisée et a précisé que si l'évolution restait défavorable, la seule solution serait la pose d'une prothèse totale du genou G. Il a ajouté que quelle que soit la solution adoptée, le retour vers l'ancienne activité apparaissait comme irréaliste et a confirmé que la poursuite d'une incapacité de travail totale (dossier SUVA, pièce 216). Le Dr D. _____ a cependant considéré que la mise en place d'une prothèse totale n'apporterait pas d'amélioration notable (dossier SUVA, pièce 232). Un second spécialiste consulté a également déconseillé toute nouvelle intervention chirurgicale, au vu du nombre d'opérations déjà effectuées (dossier SUVA, pièces 243 et 251). L'assuré a en revanche été adressé au Dr H. _____, spécialiste en anesthésiologie auprès du service du traitement de la douleur de I. _____ pour des infiltrations du nerf saphène, la première fois le 19 mars 2019 (dossier SUVA, pièce 257).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 18 Le Dr D. _____ a établi un ultime rapport le 17 juin 2019, en mentionnant des « douleurs chroniques », un pronostic « mauvais » et une « atteinte définitive à l'intégrité genou G » (dossier SUVA, pièce 265). 5.6. Examen final du 19 juillet 2019, clôture du cas et décision initiale Un nouvel examen médical final a eu lieu auprès du Dr G. _____ le 19 juillet 2019. Lors de cet examen, le médecin d'arrondissement a estimé que le cas pouvait désormais être considéré comme stabilisé, aucun traitement n'étant plus envisagé hormis une prise en charge à la consultation de la douleur et une médication antalgique. Il a fixé les limitations fonctionnelles (« les positions contraignantes pour les genoux, telles que les positions accroupies ou les positions à genoux sont à proscrire, il en est de même pour les ports de charges même moyennes si elles sont effectuées de façon répétitive ainsi qu'une activité qui nécessite une marche prolongée ou des montées et descentes d'escaliers ou d'échafaudages de façon répétitive ») et a considéré qu'une pleine capacité de travail pouvait être reconnue dans une activité essentiellement sédentaire et autorisant les changements de position, et offrant un certain espace pour les membres inférieurs. Il a encore précisé qu'un contrôle médical à long terme était nécessaire en raison de la gravité de la situation et qu'une rechute était possible (dossier SUVA, pièce 272). Dans un rapport séparé du même jour, il a évalué l'atteinte à l'intégrité, estimée à 30% « en raison de la présence d'une endoprothèse unicompartmentale interne avec mauvais résultat selon la table 5, page 5.2, du barème d'indemnisation » (dossier SUVA, pièce 273). Sur la base de ces constatations, par courrier du 24 juillet 2019, la SUVA a informé son assuré de la clôture du cas et, partant, de la fin du versement des indemnités journalières au 30 septembre 2019 et de la prise en charge des frais médicaux, sous réserve de contrôles médicaux espacés et de la médication antalgique (dossier SUVA, pièce 275). Par décision du 31 juillet 2019, la SUVA a refusé d'octroyer une rente LAA, faute de diminution notable de la capacité de gain. Elle a en effet tenu compte d'un revenu statistique de CHF 60'969.- susceptible d'être réalisé dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, conformément à l'appréciation du médecin d'arrondissement.

Comparé au revenu réalisé dans l'ancienne activité (CHF 62'400.-), il ne résulte qu'une perte de 2%, ce qui n'ouvre pas le droit à une rente LAA. En revanche, elle a accordé une IPAI d'un taux de 30% (dossier SUVA, pièce 283). 5.7. Procédure d'opposition et décision litigieuse L'assuré a formé opposition contre cette décision le 9 septembre 2019, tant s'agissant du degré d'invalidité que de l'IPAI. Il a contesté la stabilisation du cas et a conclu à la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 30 septembre 2019 et à prendre en charge le traitement médical (dossier SUVA, pièce 293). A l'appui de son opposition, il a produit trois rapports du Dr H._____, attestant qu'un traitement médical susceptible d'atténuer la symptomatologie douloureuse était en cours, de sorte que, selon l'assuré, le cas ne pouvait pas être considéré comme stabilisé (dossier SUVA, pièce 299). Le premier, daté du 20 mars 2019, retenait les diagnostics de « gonalgies chroniques gauches : status post plastie du ligament croisé antérieur gauche le 14.04.2009 et nécrose de cette greffe ; status post implantation d'une prothèse unicompartimentale externe le 2.06.2017 ; status post arthroscopie du genou, greffe du ligament croisé antérieur par plastie autologue le 27.02.2018 » et

Tribunal cantonal TC Page 12 de 18 précisait que les douleurs étaient « plutôt de nature mécanique », tout en mentionnant la possibilité d'une « certaine composante neuropathique ». Ce rapport précisait en outre qu'une première infiltration du nerf saphène avait eu lieu le 19 mars 2019 et que d'autres infiltrations étaient prévues (dossier SUVA, pièce 300). Le 1er avril 2019, le Dr H._____ relevait une « nette amélioration de la douleur » suite à la première infiltration du nerf saphène et expliquait avoir proposé un traitement différent, à savoir une « infiltration test des ramis genicularis en vue d'une thermocoagulation » (dossier SUVA, pièce 301). Enfin, dans son rapport du 10 septembre 2019, le Dr H._____ a indiqué avoir reçu l'assuré en consultation à 4 reprises depuis le mois de mars 2019 pour des « infiltrations sonoguidées du nerf saphène et de sa branche ramus infrapatellaris ». Il prévoyait la poursuite d'une série d'infiltrations, pouvant apporter une certaine désensibilisation de la douleur, sans toutefois de possibilité d'influencer la douleur au niveau latéral du genou. Il précisait que le patient et son orthopédiste étaient réticents à l'égard de sa proposition de traitement test par « thermocoagulation » (dossier SUVA, pièce 302). Le 27 novembre 2019, l'assuré a encore produit un rapport établi le 22 novembre 2019 du Dr H._____, qui proposait de nouvelles infiltrations et précisait qu'une nouvelle consultation était prévue le 21 février 2020 (dossier SUVA, pièce 310). Le 12 mars 2020, l'assuré a encore informé la SUVA que des consultations étaient prévues auprès du Dr D._____ le 10 juin 2020 et du Dr H._____ le 19 mars 2020 (dossier SUVA, pièce 321). Dans un rapport du 19 mars 2020, le Dr H._____ a ainsi confirmé l'évolution positive des douleurs neuropathiques au niveau médial suite aux infiltrations, mais a signalé la persistance des douleurs au niveau latéral, pour lesquelles un nouveau type d'infiltration a été tenté le 21 février 2020 (dossier SUVA, pièce 329). Quant au Dr D._____, il a indiqué dans un rapport transmis le 22 avril 2020 qu'un traitement d'infiltrations et de physiothérapie était en cours mais qu'aucune opération n'était prévue. Il a mentionné une « atteinte à l'intégrité définitive » (dossier SUVA, pièce 332). Il a par ailleurs continué d'attester de la poursuite de l'incapacité de travail totale (dossier SUVA, pièces 314, 317, 320, 331, 335, 337, 339, 342, 344, 352, 355). Le cas a finalement été soumis à la Dre J._____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie et médecin auprès du centre de compétences de la SUVA. Dans une appréciation chirurgicale du 2 décembre 2020, celle-ci a passé en revue l'anamnèse, les différents rapports médicaux au dossier ainsi que les rapports d'imagerie. Sur cette base, constatant que les différents

spécialistes ne recommandent pas d'intervention chirurgicale supplémentaire à l'heure actuelle et que le patient s'oppose au nouveau traitement proposé par le Dr H. _____, elle a considéré que le cas pouvait être considéré comme stabilisé. Elle a donc validé les conclusions du Dr G. _____ du 19 juillet 2019, en particulier les limitations fonctionnelles retenues par ce médecin d'arrondissement, tout en précisant que le droit de rechute restait ouvert. Elle a en outre précisé qu'il était judicieux de poursuivre la prise en charge des infiltrations du nerf saphène, qui « n'améliorent pas notablement l'état de santé (...) mais conservent l'état de santé ou empêchent une détérioration », ce qui ne va pas à l'encontre de la stabilisation. Elle a considéré que l'activité professionnelle antérieure de l'assuré n'était plus exigible mais qu'une activité adaptée, telle que retenue par le Dr G. _____ le 19 juillet 2019, était exigible à 100% (dossier SUVA, pièce 356).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 18 Enfin, une radiographie du genou gauche, demandée par la SUVA, a révélé le 1er mars 2021 la présence de « signes d'arthrose avec pincements modérés de l'interligne articulaire tibio-fémoral externe accompagnés d'une sclérose en miroir des berges articulaires » ainsi qu'une « ostéopénie modérée liée à l'âge. Pas de signe de chondrocalcinose » (dossier SUVA, pièce 359). Par décision sur opposition du 17 mars 2021, la SUVA a confirmé la stabilisation du cas au 30 septembre 2019 ainsi que le refus d'une rente LAA. Elle a notamment constaté qu'aucune nouvelle intervention n'était envisagée et que les infiltrations ne constituaient qu'un traitement conservateur, qui n'étaient pas susceptibles d'améliorer notablement l'état de santé, de sorte que la stabilisation du cas pouvait être retenue au 30 septembre 2019. S'agissant du droit à la rente, la SUVA a confirmé que l'appréciation du Dr G. _____ du 19 juillet 2019 pouvait être suivie, dans la mesure où celle-ci avait été confirmée par la Dre J. _____ dans son rapport du 2 décembre 2020 et que le Dr D. _____, qui continue d'attester une incapacité de travail totale, ne s'est pas prononcé sur la capacité résiduelle dans une éventuelle activité adaptée. Dans ces conditions, La SUVA a confirmé l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues et a fixé le revenu exigible sur la base des données statistiques ESS à CHF 60'969.-, en tenant compte d'un abattement de 10%. Comparé au revenu de valide de CHF 62'400.-, il en résulte une perte de gain inférieure à 10%, n'ouvrant dès lors pas le droit à une rente d'invalidité. 5.8.

Recours et éléments ultérieurs A l'appui de son recours, le recourant produit un rapport du 20 avril 2021 du Dr H. _____, confirmant un suivi régulier pour les traitements suivants : une série de 6 « infiltrations sonoguidées du nerf saphène et du ramus infrapatellaris nervi sapheni » entre le 19 mars et le 22 novembre 2019, ainsi que des « infiltrations des rami geniculares au niveau proximal de l'épicondyle fémoral latéral au genou gauche » à 5 reprises, les 21 février, 23 juin et 26 novembre 2020 et 5 mars et 16 avril 2021. Il produit en outre un rapport du 23 avril 2021 du Dr D. _____, déclarant qu'à son avis « l'origine des douleurs est à mettre sur le compte des séquelles du traumatisme, des séquelles des multiples interventions chirurgicales pouvant entraîner notamment des lésions neuropathiques avec troubles sensitifs localisés. Je pense que le patient est sincère dans la description de ses plaintes même si je suis déçu du résultat de la chirurgie ». Il a confirmé que la seule option chirurgicale restait l'implantation d'une prothèse totale mais qu'il n'était « pas du tout certain que cela améliore les douleurs du patient », alors que le traitement par infiltration semblait « tout de même porter ses fruits et atténuer une part des douleurs ». Il a affirmé que « les douleurs décrites par le patient limitent très fortement sa capacité de marche au-delà de quelques centaines de mètres à l'aide de 2 cannes anglaises de manière systématique. Le patient garde également des douleurs au repos qui sont plus importantes

notamment la nuit s'il est un tout petit peu plus actif durant la journée. C'est cela qui rend la reprise du travail problématique même avec les restrictions édictées par la SUVA tout en tenant compte que ce patient a des capacités de reconversion professionnelle très limitées n'étant pas de langue maternelle française, n'ayant pas de formation particulière et étant déjà âgé de 53 ans. A mon avis, ce patient n'est plus capable de travailler même dans une activité adaptée en raison des douleurs chroniques invalidantes qu'il ressent dans son genou gauche et qui l'empêchent d'effectuer toute activité même du simple ménage à son domicile ». Il a déclaré que « je n'ai jamais pu en 12 ans de suivi mettre en doute un instant sa parole quant à sa situation professionnelle et personnelle. C'est un patient qui a fait preuve de bonne volonté après l'intervention du ligament

Tribunal cantonal TC Page 14 de 18 croisé. Il a essayé de reprendre le travail ce qui a toujours été assez compliqué vu les contraintes exigées dans ce cadre. Je pense que le patient est honnête dans ses déclarations et que sa volonté serait de pouvoir retravailler le mieux possible mais que cela lui est actuellement impossible ». Enfin, il a estimé que « le taux théorique d'activité exigible à mon avis serait de 3 à 4 heures par jour au grand maximum pour laisser une période de repos suffisante pour le reste de la journée afin que le patient puisse récupérer », permettant « un rendement de 50% dans une activité exercée durant 3 à 4 heures par jour ». En réponse à ces nouveaux éléments, la SUVA a invité la Dre J. _____ à se déterminer. Cette dernière, dans un rapport du 15 juin 2021, a affirmé que les infiltrations pratiquées par le Dr H. _____ avaient, de l'avis même de ce médecin, quelque peu amélioré la situation douloureuse, constituant une bonne complémentarité du traitement antalgique mineur de base et permettant ainsi à l'assuré de travailler à plein temps et plein rendement dans une activité adaptée. Elle a en revanche considéré que le traitement subsidiaire proposé par le Dr H. _____ (thermocoagulation) n'était pas recommandé, dans la mesure où un tel traitement détruit le nerf et peut fréquemment entraîner le développement de douleurs allodymiques. Elle a par ailleurs souligné que depuis septembre 2019, aucune facture d'antalgie mineure ou majeure n'avait été soumise à l'assurance-accidents, mettant en doute l'intensité des douleurs ressenties par le recourant. Elle a enfin déclaré que, sans mettre en doute les dires du Dr D. _____ ou nier une certaine symptomatologie douloureuse, elle peinait toutefois à reconnaître depuis la dernière rechute la volonté de la part de l'assuré de tout mettre en œuvre pour améliorer la symptomatologie, par exemple avec un traitement antalgique de base. En résumé, elle a estimé qu'un tel traitement antalgique, associé à des infiltrations régulières, permettraient vraisemblablement l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, essentiellement sédentaire avec possibilité d'alterner les positions, et ce à 100%, horaire et rendement, tout en précisant qu'une activité sédentaire n'était pas préjudiciable en tant que telle pour le genou. Elle a enfin considéré qu'une expertise auprès d'un spécialiste en antalgie ne semblait pas utile, dans la mesure où l'assuré ne se prêle pas à tous les traitements proposés, par exemple médicamenteux. Le 20 septembre 2021, le recourant a répondu à ces arguments en affirmant qu'il prenait bien un traitement antalgique (Ecofenac 75mg), prescrit par le Dr D. _____, traitement remboursé par son assurance-maladie. 6. Discussion Il n'est pas contesté que l'ancienne activité n'est plus exigible compte tenu de l'état de santé du recourant. Est en revanche litigieuse l'existence d'une éventuelle capacité résiduelle dans une activité adaptée. A cet égard, s'opposent deux points de vue : celui, d'une part, du chirurgien traitant, le Dr D. _____, et, d'autre part, celui des médecins de la SUVA, par les voix de la Dre J. _____ et du Dr G. _____. Le Dr H. _____ ne s'est en revanche jamais prononcé sur la capacité de travail. 6.1. S'agissant du rapport du 23

avril 2021 du Dr D. _____, il s'agit tout d'abord de constater qu'il a été établi ultérieurement à la décision litigieuse. On rappellera à cet égard que, selon une jurisprudence constante, le juge examine la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait

Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 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. Toutefois, dans la mesure où ce rapport concerne la situation qui prévalait déjà au moment du prononcé de la décision attaquée, la Cour peut malgré tout en tenir compte dans le cadre de la présente procédure, ce d'autant plus plus qu'il a été établi peu de temps après son prononcé. Cela étant précisé, le chirurgien traitant s'est prononcé dans ce rapport en faveur d'une capacité résiduelle très limitée, même dans une activité adaptée, à savoir « 3 à 4 heures par jour au grand maximum », en raison des douleurs chroniques invalidantes. Une telle appréciation, basée exclusivement sur les douleurs exprimées par son patient, ne saurait suffire pour déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, la capacité de travail résiduelle. Ce d'autant moins que, s'agissant du chirurgien traitant qui suit le recourant depuis de nombreuses années, son avis doit être examiné avec retenue (cf. supra consid. 4.4). De surcroît, son pronostic défavorable quant aux possibilités de réinsertion professionnelle de son patient se fonde non seulement sur les séquelles médicales, mais prend également sur les connaissances linguistiques limitées, le manque de formation professionnelle et l'âge de ce dernier. Or, ces éléments ne sauraient engager la responsabilité de l'assurance-accident (cf. supra consid. 3.4), à tout le moins pas au-delà de l'abattement de 10% auquel a procédé la SUVA sur le revenu théorique d'invalide (cf. supra consid. 3.3). S'agissant des conclusions du Dr G. _____ du 19 juillet 2019, qui a fixé les limitations fonctionnelles ainsi que la capacité de travail résiduelle suite à un examen clinique et sur la base du dossier médical, il convient de relever que cette appréciation remonte à plus de deux ans et demi. Or, dans ce rapport, ce médecin précisait qu'un contrôle médical à long terme était nécessaire en raison de la gravité de la situation et qu'une rechute était possible (dossier SUVA, pièce 272). Quant aux rapports de la Dre J. _____ des 2 décembre 2020 et 15 juin 2021, force est d'admettre que, s'ils reposent certes sur un examen complet du dossier médical du recourant, ce médecin n'a jamais procédé à un examen clinique personnel. Par ailleurs, son argumentation repose notamment sur un fait contesté par le recourant : celui de l'absence de médication antalgique. Or, le recourant affirme au contraire prendre régulièrement un traitement antalgique (Ecofenac 75mg), qui lui serait prescrit par le Dr D. _____ et remboursé par son assurance-maladie. En l'absence de tests sérologiques au dossier, il n'est cependant pas possible de déterminer si un tel traitement antalgique est effectivement suivi. Par ailleurs, aucun élément au dossier ne permet d'aller dans le sens de la Dre J. _____ pour mettre en doute la réalité des douleurs dont se plaint le recourant, puisque les plaintes semblent au contraire reposer sur un substrat organique (douleurs « plutôt de nature mécanique » selon le Dr H. _____ et « le patient est sincère dans la description de ses plaintes » selon le Dr D. _____) et rien ne laisse suspecter un phénomène d'amplification des plaintes. Ceci est du reste corroboré par le fait que les douleurs répondent plutôt favorablement, du moins en partie, au traitement par infiltrations pratiqué par le Dr H. _____. Force est dès lors de reconnaître que l'analyse de la Dre J. _____ repose, à tout le moins en partie, sur un argument qui n'est

pas vérifiable en l'état du dossier.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 18 Dans un tel contexte, les rapports des médecins de la SUVA semblent insuffisants pour écarter l'avis divergent du chirurgien traitant du recourant. En effet, conformément à la jurisprudence rendue en la matière (cf. supra consid. 4.5), l'opinion divergente du chirurgien traitant, émanant d'un spécialiste ayant personnellement suivi l'assuré, suffit pour entacher d'un doute l'instruction effectuée par l'autorité intimée dès lors qu'elle remet en cause la fiabilité et la pertinence de l'appréciation des médecins internes à la SUVA. Or, aucun autre élément au dossier ne permet de donner la préférence à l'un ou l'autre de ces avis. En particulier, le Dr H._____ ne s'est jamais prononcé sur l'étendue du caractère invalidant des douleurs du recourant. Dans ces circonstances, face à ces opinions divergentes et en l'absence d'élément permettant de les départager, la Cour n'est pas en mesure de se prononcer sur la base du dossier constitué par l'autorité intimée. Ainsi, au vu de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, qui paraît préconiser qu'une expertise soit systématiquement diligentée en présence d'un « doute à tout le moins léger » en cas d'avis médicaux contradictoires (cf. arrêts TF 8C_370/2017 du 15 janvier 2018 consid. 3.3.3; 8C_586/2017 du 20 décembre 2017 consid. 5.3; 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 4.4), il se justifie d'admettre le recours, d'annuler la décision sur opposition litigieuse et de renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour complément d'instruction, confié à un médecin spécialiste externe, qui se prononcera expressément sur la capacité résiduelle dans une activité adaptée, compte tenu de l'ensemble de la symptomatologie présentée par le recourant. 6.2. Au vu de ce qui précède, le recours s'avère bien fondé. La décision attaquée est ainsi annulée et la cause est renvoyée à la SUVA pour complément d'instruction auprès d'un spécialiste indépendant, dans le sens de ce qui précède. 7. 7.1. La procédure étant gratuite en matière d'assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais de justice. 7.2. Ayant obtenu gain de cause, le recourant, représenté par un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense. La liste de frais produite par son mandataire le 8 février 2022 atteste d'un montant total de CHF 4'605.02, dont CHF 281.33 de TVA (7.7%). Ont notamment été comptabilisées 13 heures et 11 minutes de travail, facturées à un tarif horaire de CHF 250.-, soit un total de CHF 3'549.53, dont CHF 253.74 de TVA. La liste de frais comprend également des charges et crédits divers à hauteur de CHF 385.49, dont notamment des frais d'ouverture de dossier (CHF 21.54), ce qui, selon la jurisprudence (arrêt TF 9C_688/2009 du 19 novembre 2009 consid. 5.3), ne fait pas partie de l'indemnité prévue à l'art. 61 let. g LPGA. Par ailleurs, les photocopies, y compris les frais d'impression du dossier SUVA (503 pages, facturées CHF 270.87) n'ont pas été facturées conformément à l'art. 9 al. 2 du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA, RSF 150.12), qui prévoit l'application d'un tarif de CHF 0.40 par copie isolée et la réduction de ce tarif lorsque de nombreuses photocopies pouvaient être réalisées ensemble.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 Le montant alloué pour les charges et crédits divers sera donc réduit, de manière forfaitaire, à CHF 120.-, montant auquel s'ajoute la TVA par CHF 9.24. En outre, CHF 670.- ont été facturés pour les honoraires de différents rapports médicaux, à savoir 3 rapports du Dr H._____ et 2 rapports du Dr D._____. Or, seuls deux de ces rapports ont été produits au stade du recours, les autres ayant été établis au cours de la procédure administrative. Ces derniers ne sauraient dès lors être indemnisés dans le cadre de la présente procédure. Par ailleurs, selon la jurisprudence, les frais

d'expertise privée peuvent certes être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (arrêt TF 9C_519/2020 du 6 mai 2021 consid. 2.2 et les références). Or, en l'espèce, les rapports en question n'ont pas été établis par des experts privés, dont l'appréciation ne serait pas soumise à la réserve applicable aux médecins traitants, dont les rapports doivent être appréhendés avec recul (cf. supra consid. 4..4). De surcroît, comme il a été dit ci-dessus, ni le rapport du Dr H._____ du 20 avril 2021, qui se limite à énumérer les traitements suivis par le recourant, ni le rapport du 23 avril 2021 du Dr D._____, dont l'appréciation de la capacité résiduelle, basée sur les plaintes de son patient, ne constituent des moyens de preuve suffisants pour trancher le litige. C'est bien plutôt l'insuffisance de la valeur probante des éléments médicaux récoltés par la SUVA dans le cadre de l'instruction du dossier médical qui conduit au renvoi de la cause, les douleurs et limitations rapportées par les médecins traitants étant uniquement susceptibles de faire apparaître un doute à tout le moins léger. Pour toutes ces raisons, il ne se justifie pas de comptabiliser ces frais médicaux dans l'indemnité de partie allouée au recourant. La liste de frais produite doit être corrigée en conséquence. C'est au final un montant de CHF 3'678.77, dont CHF 262.98 au titre de la TVA, qui est alloué au recourant au titre d'équitable indemnité. Celle-ci est intégralement mise à la charge de l'autorité intimée qui succombe. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision sur opposition est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction médicale complémentaire dans le sens des considérants. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il est alloué au recourant une indemnité de partie, fixée à CHF 3'678.80, dont CHF 263.- au titre de la TVA (7.7%), mise intégralement à la charge de l'autorité intimée. 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 1er avril 2022/isc Le Président : La Greffière-rapporteuse :

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