

# FR\_GERICHTE 605 2022 46 vom 10. Oktober 2023

FR Kantonsgericht, 2023-10-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2022\\_46](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2022_46)

FR: FR\_GERICHTE 605 2022 46 du 10 octobre 2023

IT: FR\_GERICHTE 605 2022 46 del 10 ottobre 2023

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 14

juillet 2008, au motif qu'aucune aggravation objective des séquelles de l'accident n'était établie, et plus particulièrement que l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui attestait d'une capacité de travail limitée à 50%, n'avait pas évolué depuis 2004 (dossier SUVA, pièces 127, 138 et 147).

Tribunal cantonal TC Page 3 de 18 E. Le 1er mars 2009, l'assuré a repris un travail comme chauffeur-livreur à 50% auprès de D. \_\_\_\_\_. Il a exercé cet emploi à mi-temps jusqu'à son licenciement pour motifs économiques le 27 décembre 2016, avec effet au 31 janvier 2017 (dossier SUVA, pièce 260). F. Une expertise médicale a été effectuée le 2 octobre 2009 par le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, sur mandat de l'OAI. Ce dernier a considéré qu'il y avait effectivement plusieurs faits nouveaux et qu'une aggravation de l'état de santé devait être reconnue dès le 8 novembre 2007, avec une capacité limitée à 50% dans une activité adaptée (dossier SUVA, pièce 165). Sur la base de ces constatations, par décision du 19 septembre 2011, l'OAI a alloué une demi-rente dès le 1er novembre 2008, soit un an après le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 8 novembre 2007, fondée sur un degré d'invalidité de 57% calculé sur la base d'une capacité de travail de 50% (dossier SUVA, pièce 168). La demi-rente AI a été confirmée sans modification du droit le 21 octobre 2013 (dossier SUVA, pièce 211). G. Le 11 mai 2011, l'assuré a une nouvelle fois demandé à la SUVA la révision de son droit à la rente dès le 1er novembre 2007, en se fondant sur l'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_ (dossier SUVA, pièce 166). Cette demande de révision a été rejetée en raison de sa tardiveté par décision du 2 novembre 2011 (dossier SUVA, pièce 170), confirmée sur opposition le 9 janvier 2012 (dossier SUVA, pièce 179), puis par la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (arrêt TC FR 605 2012 50 du 27 février 2014, dossier SUVA, pièce 213). H. Dans le cadre du réexamen d'office du droit à la rente, la SUVA, par décision du 4 mai 2017, a considéré que les conditions pour l'augmentation de la rente n'étaient pas réunies (dossier SUVA, pièce 272). Elle s'était alors basée sur un avis du 20 mars 2017 de son médecin d'arrondissement, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui avait considéré que les suites de l'accident ne s'étaient pas modifiées depuis l'examen du 25 mars 2004 (dossier SUVA, pièce 259). I. Le 13 décembre 2018, l'assuré a fait annoncer à la SUVA une rechute dès le 22 octobre 2018, en raison de douleurs au genou gauche (dossier SUVA, pièce 293). Dans un rapport du 31 octobre 2018, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil

locomoteur, a en effet signalé une récurrence des douleurs aux deux jambes, genou gauche, coude gauche et cheville droite, accompagnées d'arthrose. Il a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 5 décembre 2018 (dossier SUVA, pièce 288), date à laquelle l'assuré a été opéré du genou gauche (« arthroscopie du genou gauche avec méniscectomie interne et externe partielle » ; dossier SUVA, pièce 301). Une seconde opération du genou gauche a été effectuée le 7 août 2019 par le Dr G.\_\_\_\_\_ (« révision de la rotule avec ablation d'un important ostéophyte externe » ; dossier SUVA, pièce 365).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 18 Ces interventions ont été prises en charge par la SUVA, qui a également versé les indemnités journalières durant l'incapacité de travail qui a suivi. J. Le 18 juin 2020 a eu lieu l'examen médical final par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin d'arrondissement de la SUVA. Il a considéré que la situation était stabilisée et a confirmé l'exigibilité retenue par le Tribunal administratif en 2006 ainsi que l'IPAI accordée en 2004 (dossier SUVA, pièce 441). Sur la base de ces constatations, la SUVA, par décision du 23 juin 2020, a mis fin à la prise en charge des frais médicaux et au versement des indemnités journalières au 31 juillet 2020. Elle a également confirmé le taux de la rente LAA de 23% ainsi que de l'IPAI allouées par décision du 1er avril 2005 (dossier SUVA, pièce 446). Dans un rapport du 13 juillet 2020 adressé à la SUVA, le Dr G.\_\_\_\_\_ a rétorqué qu'il existait « une très nette péjoration de la situation depuis 2018 » et a proposé un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR ; dossier SUVA, pièce 453). K. L'assuré a formé opposition contre la décision de la SUVA le 26 août 2020. Affirmant que sa capacité résiduelle était limitée à 50% au maximum, il a conclu à l'octroi d'une rente fondée sur une incapacité médicale de 50%. Il a également conclu à l'octroi d'une IPAI de 60%, sous déduction du montant déjà perçu à ce titre. Il a en revanche précisé qu'il ne contestait pas la stabilisation de son état de santé ni, partant, la fin de la prise en charge au 31 juillet 2020 (dossier SUVA, pièce 460). A l'appui de son opposition, il a produit un rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 24 août 2020 (dossier SUVA, pièce 460 ; bordereau recourant, pièce 3). Ce rapport a été soumis au Dr H.\_\_\_\_\_ qui, dans une appréciation du 30 octobre 2020, a confirmé sa position, tant s'agissant de l'exigibilité que de l'IPAI (dossier SUVA, pièce 468). Invité à se prononcer sur cette dernière appréciation, le Dr G.\_\_\_\_\_, dans un rapport du 1er décembre 2020, a maintenu sa position tout en précisant que son patient présentait un risque situé entre 50 et 75% de devoir bénéficier d'une prothèse totale du genou, ce qui justifiait l'augmentation de l'IPAI (dossier SUVA, pièce 480 ; bordereau recourant, pièce 4). Ce même spécialiste a, dans les grandes lignes, confirmé ses propos dans un rapport complémentaire du 12 janvier 2021, ainsi que ses critiques à l'égard de l'appréciation du Dr H.\_\_\_\_\_ (dossier SUVA, pièce 480 ; bordereau recourant, pièce 7). Enfin, dans une ultime appréciation médicale du 23 novembre 2021, le Dr H.\_\_\_\_\_ a une fois de plus confirmé sa position (dossier SUVA, pièce 496). Par décision sur opposition du 10 février 2022, la SUVA a confirmé sa décision. L. Par acte du 14 mars 2022, A.\_\_\_\_\_, représenté par Me Séverine Monferini Nuoffer, avocate, interjette recours contre cette dernière décision. Il conclut, sous suite d'une indemnité de partie, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente LAA basée sur un taux d'incapacité de 55% - le taux d'invalidité devant être déterminé par la SUVA - ainsi que d'une IPAI basée sur un taux de 65%, sous déduction de l'IPAI déjà versée, soit une indemnité résiduelle de CHF 32'040.-. A titre subsidiaire, il conclut à la mise en œuvre d'une expertise médicale. En substance, il conteste la validité de l'appréciation du Dr H.\_\_\_\_\_, à laquelle il préfère celle du Dr G.\_\_\_\_\_.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 18 En sus des rapports figurant déjà au dossier, il se prévaut d'un nouveau rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 28 février 2022, dans lequel ce dernier répond à différentes questions posées par le recourant (bordereau recourant, pièces 5 et 6). Dans ses observations du 5 juillet 2022, la SUVA propose le rejet du recours. Elle confirme la valeur probante et la validité des conclusions de son médecin d'arrondissement, selon lequel aucune aggravation objective justifiant une augmentation du taux de la rente n'a été démontrée. Par ailleurs, elle relève que le diagnostic qui justifierait une IPAI à hauteur du taux demandé par le recourant n'est pas établi actuellement et ne constitue pas non plus l'évolution prévisible de la situation. A l'appui de ses conclusions, elle produit une nouvelle appréciation médicale du 8 juin 2022 du Dr H. \_\_\_\_\_, qui confirme ses précédentes conclusions. Dans ses contre-observations du 10 novembre 2022, le recourant remet en cause l'exigibilité retenue par la SUVA, en relevant que le Dr H. \_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur cette question mais uniquement sur celle de l'IPAI dans son rapport du 8 juin 2022. Quant à l'IPAI, il répète que le risque d'aggravation de l'arthrose prévue par le Dr G. \_\_\_\_\_ est posé non seulement au degré d'une simple possibilité mais au niveau de la vraisemblance prépondérante. Il relève également que l'on est en présence d'atteintes distinctes (genou, cheville et coude) et conteste le fait que l'estimation de l'IPAI en 2004 prenait déjà en compte l'aggravation potentielle des atteintes. Le fait qu'il n'existait aucune trace d'arthrose lors de l'examen de 2004 démontre bien l'aggravation alléguée. Enfin, il critique l'appréciation du 8 juin 2022 du Dr H. \_\_\_\_\_ sur la base d'un dernier rapport établi le 3 novembre 2022 par le Dr G. \_\_\_\_\_. Dans ses ultimes remarques du 16 janvier 2023, la SUVA maintient sa position, tout en produisant l'appréciation du 5 janvier 2023 par le Dr H. \_\_\_\_\_, dans laquelle ce dernier prend position sur les critiques du Dr G. \_\_\_\_\_. Le 13 mars 2023, le recourant produit encore un bref rapport médical complémentaire du Dr G. \_\_\_\_\_ du 6 mars 2023. Le 14 avril 2023, la SUVA a renoncé à se déterminer sur cet ultime rapport. 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 Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant, dûment représenté, est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 18 2. Prestations LAA – rechute, séquelles tardives 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. 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).

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). 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 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.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 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 – révision de la 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). 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.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18 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'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 (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'invalide 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'invalide. 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'invalide, 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 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. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou

encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 18 4. Indemnité pour atteinte à l'intégrité 4.1. Selon l'art. 24 al. 1 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. L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA). D'après l'art. 25 LAA, l'IPAI) est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). 4.2. L'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 (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). 4.3. L'IPAI se fixe en même temps que la rente d'invalidité ou, lorsqu'il n'existe aucun droit à une rente, à la fin du traitement médical. L'art. 24 al. 2 LAA prescrit non seulement quand l'assureur- accidents doit rendre une décision sur une IPAI, mais fixe également le moment déterminant pour examiner les conditions matérielles d'octroi d'une telle indemnité. Dès lors que l'IPAI sert de compensation à un dommage de durée, un droit à son octroi ne peut être jugé que lorsque l'état de santé de l'assuré a été stabilisé et qu'aucune amélioration ne peut être attendue par des mesures médicales. Si le point de départ du droit matériel relatif à une IPAI dépend d'un éventuel droit à la rente, il est logique qu'il faille statuer dans un premier temps sur un droit à la rente (arrêt TF 8C\_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 4.2 et les références). Par ailleurs, aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b). 5. 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

Tribunal cantonal TC Page 10 de 18 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). 5.1. 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 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). 5.2. 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). 5.3. 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). 5.4. 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

Tribunal cantonal TC Page 11 de 18 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). 5.5. 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 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). 6. Question litigieuse Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si, après avoir pris en charge la rechute annoncée en décembre 2018, c'est à bon droit que la SUVA a refusé d'augmenter la rente et l'IPAI allouées au recourant par décision du 1er avril 2005. Pour la SUVA, l'exigibilité médicale telle que retenue par la Cour des assurances sociales dans un arrêt du 20 janvier 2006, est toujours d'actualité, à savoir une pleine capacité, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée, légère, sur sol plat avec positions alternées, sans effort important avec les membres supérieurs, port de charges lourdes, station debout prolongée ni marche répétée sur de longues distances. Elle se fonde à ce propos sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, le Dr H. \_\_\_\_\_, qui a confirmé cette exigibilité tout en déclarant qu'il n'y avait pas d'aggravation objective depuis 2004. S'agissant de l'IPAI, l'augmentation demandée par le recourant ne trouve selon le Dr H. \_\_\_\_\_ aucune justification clinique ni radiologique. Quant au recourant, il conteste l'appréciation du Dr H. \_\_\_\_\_ en se référant à l'avis de son chirurgien traitant, le Dr G. \_\_\_\_\_, qui atteste d'une aggravation depuis 2018 et, dès lors d'une incapacité de travail de 50% et d'une augmentation des atteintes donnant lieu à une IPAI. Qu'en est-il ?

Tribunal cantonal TC Page 12 de 18 6.1. Avis médicaux en présence En l'espèce, s'opposent deux thèses médicales contradictoires : d'une part, celle du médecin d'arrondissement, le Dr H. \_\_\_\_\_, et, d'autre part, celle du Dr G. \_\_\_\_\_, chirurgien traitant du recourant. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a tout d'abord effectué l'examen médical final le

18 juin 2020. Dans son rapport du 22 juin 2020, ce médecin, après avoir constaté que la situation était stabilisée, a déclaré que « du point de vue strictement médical, l'exigibilité reconnue par le Tribunal administratif du canton de Fribourg en 2006 reste valable. Le patient peut, dans une activité lui permettant d'éviter les efforts importants avec les MS, le port de charge lourde, la station debout prolongée, la marche répétée, la marche en terrain instable, effectuer une activité en pleine capacité ». Il a également estimé qu'il n'y avait pas lieu d'octroyer une IPAI supplémentaire à celle déjà accordée en 2004 (dossier SUVA, pièce 441). Invité à se déterminer à de nombreuses reprises, le Dr H.\_\_\_\_\_ a ensuite toujours confirmé sa position. Dans une appréciation du 30 octobre 2020, il a notamment déclaré qu'il n'y avait « aucune raison de s'écarter de l'exigibilité reconnue par le tribunal administratif du canton de Fribourg en 2006 ». S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, il a retenu les éléments suivants : - pour le coude gauche : « les légers signes d'arthrose au coude, qui ont très peu progressés en 14 ans, ne justifient aucune augmentation de l'IPAI déjà octroyée en 2004 pour l'atteinte du coude G » ; - pour le genou gauche : « l'estimation d'une IPAI de 10% pour la légère instabilité du genou constatée à l'examen de 2004 paraît très généreuse. (...) il n'y a aucun élément objectif en faveur d'une aggravation significative qui justifierait une augmentation du taux d'IPAI octroyé en 2004 (10%) pour l'atteinte du genou » ; - pour la cheville droite : « l'examen clinique de la cheville D en 2020 est pour ainsi dire superposable à celui de 2004, voire même légèrement amélioré en ce qui concerne les amplitudes articulaires ». Il a précisé que l'octroi d'une IPAI de 20% en 2004 était « très généreuse » et a considéré que « on peut raisonnablement conclure que le médecin d'arrondissement, en 2004, avait déjà inclus dans son évaluation une certaine aggravation possible. (...) L'évolution vers une arthrose de la cheville D, en lien avec l'évènement initial, qui justifierait une adaptation de l'IPAI, est certes possible mais pas au degré de la vraisemblance prépondérante » (dossier SUVA, pièce 468). Il a finalement maintenu sa position dans ses appréciations des 23 novembre 2021 (dossier SUVA, pièce 496), 8 juin 2022 et 5 janvier 2023. Le 8 juin 2022, il a notamment précisé, s'agissant de l'IPAI, que les 35% accordés correspondaient à une atteinte entre la perte complète d'un pied et la perte d'une jambe au niveau du genou. Il a dès lors considéré que l'atteinte globale, en l'espèce, n'était « certainement pas aussi grave qu'une perte d'une jambe à la hauteur du genou. En effet, le patient est capable d'utiliser les 4 membres, avec relativement peu de limitations des amplitudes articulaires. Il est parfaitement autonome dans les actes de la vie quotidienne » (rapport annexé aux observations SUVA du 5 juillet 2022).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 18 Quant au Dr G.\_\_\_\_\_, il intervient pour la première fois dans un rapport du 31 octobre 2018, dans lequel il mentionne une récurrence des douleurs aux deux jambes, genou gauche, coude gauche et cheville droite, accompagnées d'arthrose (dossier SUVA, pièce 288). Le 5 décembre 2018, puis le 7 août 2019, il opère le genou (« arthroscopie du genou gauche avec ménisectomie interne et externe partielle » ; dossier SUVA, pièce 301 ; « révision de la rotule avec ablation d'un important ostéophyte externe » ; dossier SUVA, pièce 365). Dans un rapport du 13 juillet 2020, ce spécialiste atteste d'« une très nette péjoration de la situation depuis 2018 » (dossier SUVA, pièce 453). Il se prononce ensuite de manière plus détaillée dans un rapport du 24 août 2020, dans lequel il précise que l'évolution post-opératoire est « défavorable ». Il explique que la situation a évolué depuis l'examen médical du 24 mars 2004 et que des nouveaux diagnostics sont présents depuis cet examen, à savoir « la gonalgie externe, associée à l'ostéophytose externe de la rotule, ainsi que de l'arthrose au coude ». Sur la base de ces éléments, le Dr G.\_\_\_\_\_ atteste d'une incapacité de travail de 50% dans une activité légère et adaptée,

du point de vue orthopédique, telle que fixée par l'AI. Il précise à cet égard que la pleine capacité de travail dans une activité légère retenue en 2004 par le Dr B. \_\_\_\_\_ n'est plus exigible et qu'il existe une péjoration claire de la situation en particulier au genou gauche. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, il conviendrait d'augmenter les taux proposés par le Dr B. \_\_\_\_\_ en 2004 à hauteur de 5% pour arthrose nouvelle du coude gauche et de 20% pour les problèmes actuels d'arthrose du genou gauche avec risque d'aggravation nécessitant la pose d'une prothèse totale de genou. Enfin, le Dr G. \_\_\_\_\_ fait part de ses critiques à l'encontre de l'appréciation du Dr H. \_\_\_\_\_, en affirmant que certaines atteintes n'ont pas été correctement analysées et ont été banalisées (dossier SUVA, pièce 460). Le Dr G. \_\_\_\_\_ a maintenu sa position dans un rapport du 1er décembre 2020, dans lequel il précise que son patient présente un risque situé entre 50 et 75% de devoir bénéficier d'une prothèse totale du genou, ce qui justifie l'augmentation de l'IPAI. S'agissant du coude, l'augmentation de l'IPAI est justifiée par l'apparition de l'arthrose et du manque de force (dossier SUVA, pièce 480 ; bordereau recourant, pièce 4). Dans un rapport complémentaire du 12 janvier 2021, il a, dans les grandes lignes, confirmé ses propos du 24 août 2020. Il a notamment réitéré ses critiques à l'égard de l'appréciation du Dr H. \_\_\_\_\_ et, s'agissant de l'exigibilité, a précisé que l'assuré « pourrait retravailler à 50% dans un travail léger, sans port de charge de plus de 10 à 15 kg, dans un travail assis/debout alterné. La pratique des escaliers, échelles, échafaudages est interdite. L'agenouillement et l'accroupissement sont également interdits et à ce moment et dans ces conditions seulement, on pourrait exiger une reprise du travail à 50% » (dossier SUVA, pièce 480 ; bordereau recourant, pièce 7). Le 28 février 2022, le Dr G. \_\_\_\_\_ a répondu, de manière précise et très complète, à différentes questions posées par le recourant. S'agissant notamment de l'exigibilité, il a déclaré que la capacité résiduelle se situait « entre 40% et 50% » dans un travail adapté, « compte tenu de l'ankylose de la cheville droite, de l'arthrose du coude radiologique, des troubles dégénératifs au niveau de son genou à gauche. Ceci d'autant plus que le patient présente de plus en plus des difficultés à effectuer des tâches qu'il faisait avant en 2004. Il faut noter que ce patient marche moins de 30 minutes, peut rester assis 30 minutes avant de devoir se lever pour tendre sa jambe. Le patient peut rester debout en position statique pas plus que 30 minutes. Les escaliers sont difficiles, le patient doit se tenir à la rampe tant à la montée qu'à la descente. Les positions à genou et accroupie sont impossibles » (bordereau recourant, pièces 5 et 6).

Tribunal cantonal TC Page 14 de 18 Enfin, il s'est encore prononcé les 3 novembre 2022 (bordereau recourant, pièce 9) et 6 mars 2023. 6.2. Capacité de travail résiduelle S'agissant de l'exigibilité, force est de constater d'emblée que l'appréciation du Dr H. \_\_\_\_\_ ne convainc pas. En effet, ce médecin se réfère à « l'exigibilité reconnue par le tribunal administratif du canton de Fribourg en 2006 », dont il estime qu'il n'y a pas lieu de s'écarter. Pour rappel, dans l'arrêt cité par ce médecin, la Cour des assurances sociales de l'ancien Tribunal administratif avait confirmé l'existence d'une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans une activité de production légère, telle que retenue le 8 mars 2004 par l'OAI. Or, cette exigibilité a été réévaluée par la suite, sur la base principalement de l'avis du Dr E. \_\_\_\_\_, expert mandaté par l'OAI, qui a considéré le 2 octobre 2009 qu'une aggravation de l'état de santé devait être reconnue dès le 8 novembre 2007, avec une capacité limitée à 50% dans une activité adaptée (dossier SUVA, pièce 165). Cette appréciation concordait avec celle du Dr C. \_\_\_\_\_. La Cour des assurances sociales a finalement confirmé l'exigibilité limitée à 50% dans son arrêt TC FR 605 12 50 du 27 février 2014 : « dès ce moment-là [le 8 novembre 2007], le Dr C. \_\_\_\_\_, le Dr

I. \_\_\_\_\_ et également le Dr E. \_\_\_\_\_, soit pas moins de trois médecins, partagent le même avis et admettent que la capacité de travail de l'assuré s'est péjorée depuis 2007 et que cette dernière est actuellement de 50 % au maximum dans une activité adaptée. (...) depuis cette expertise, il est établi que son état de santé, à compter de novembre 2007, ne lui permet plus d'assumer une activité adaptée à plein temps, contrairement à ce que la CNA avait retenu dans sa décision sur opposition du 20 novembre 2006 » (dossier SUVA, pièce 213). Dans un tel contexte, il est insoutenable de prétendre que la capacité fixée en 2004 serait toujours d'actualité. Il s'ensuit que l'appréciation du Dr H. \_\_\_\_\_ s'agissant de l'exigibilité n'est pas probante et doit dès lors être écartée. Quant au Dr G. \_\_\_\_\_, il atteste, depuis son rapport du 24 août 2020, soit après la stabilisation post-opératoire fixée au 1er août 2020, d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, telle que fixée par l'AI. Il confirme une telle exigibilité le 12 janvier 2021, dans une activité adaptée décrite de la façon suivante : « travail léger, sans port de charge de plus de 10 à 15 kg, dans un travail assis/debout alterné. La pratique des escaliers, échelles, échafaudages est interdite. L'agenouillement et l'accroupissement sont également interdits ». Enfin, le 28 février 2022, il estime la capacité résiduelle « entre 40% et 50% », tout en précisant les limitations fonctionnelles. Sur la base de ces éléments, le recourant conclut à l'augmentation du taux de la rente fondée sur une incapacité de travail de 55%. La dernière estimation du Dr G. \_\_\_\_\_, qui s'écarte légèrement de l'exigibilité attestée jusqu'alors (« entre 40% et 50% »), n'est pas suffisamment motivée pour emporter la conviction de la Cour. En revanche, en tant qu'il fixe la capacité résiduelle à 50% dans une activité adaptée, rien ne permet de mettre en doute l'appréciation du chirurgien traitant, qui suit l'assuré depuis l'aggravation annoncée en tant que rechute en décembre 2018.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 Cette exigibilité correspond en effet à celle retenue par l'OAI sur la base des conclusions de l'expert E. \_\_\_\_\_ et du Dr C. \_\_\_\_\_, et confirmée par la 1e Cour des assurances sociales en 2014. On ne voit dès lors pas comment la capacité résiduelle pourrait être supérieure à ce taux de 50%, alors même que, selon le Dr G. \_\_\_\_\_, il y a bien eu une aggravation de l'état de santé dès la fin de l'année 2018, laquelle, s'agissant du genou gauche, a nécessité deux opérations, dont l'évolution post-opératoire a finalement été défavorable. Au vu de l'ensemble de ces éléments, il y a lieu de retenir ce taux pour fixer l'exigibilité actuelle, valable dès la stabilisation de l'état de santé post-opératoire le 1er août 2020, et de confirmer les limitations fonctionnelles telles que décrites par le Dr G. \_\_\_\_\_, sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre de nouvelles mesures d'instruction. Il s'ensuit l'admission partielle du recours sur ce point et le renvoi du dossier à la SUVA pour calcul de la rente LAA fondée sur un taux d'incapacité médicale de 50%, compte tenu des limitations décrites.

### 6.3. Indemnité pour atteinte à l'intégrité

Il convient tout d'abord de rappeler que, selon les règles applicables (cf. supra consid. 4.3), l'IPAI doit, au moment de sa fixation, équitablement tenir compte des aggravations prévisibles de l'atteinte ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Ainsi, l'IPAI n'a pas vocation à être révisée dans tous les cas de modification notable des circonstances, comme le prévoit l'art. 17 LPGA s'agissant des rentes et autres prestations durables, mais uniquement dans des cas exceptionnels. Pour mémoire, l'IPAI de 35% allouée par décision du 1er avril 2005 avait été fixée sur la base de l'appréciation du 24 mars 2004 du Dr B. \_\_\_\_\_, qui avait retenu, sur la question de l'atteinte à l'intégrité, les éléments suivants : « le patient souffre de façon permanente des deux jambes, en particulier de la cheville droite. Le périmètre de marche sur le terrain plat est limité à quelques centaines de mètres. A des difficultés pour monter et

descendre les escaliers et les pentes. L'assuré ne peut pas marcher sur un terrain inégal. A gauche, il peut porter au maximum 5 kg sur de petites distances. (...) nous tenons compte d'une limitation fonctionnelle du coude gauche (5%), d'une limitation fonctionnelle des articulations tibio-tarsienne et sous-astragaliennne à droite accompagnée de troubles de la sensibilité (20%) et finalement au niveau du genou gauche d'une légère instabilité antéro-postérieure et d'une limitation de la flexion (10%) » (dossier SUVA, pièce 60). Ce médecin avait ainsi retenu, pour la cheville droite, le taux maximum de la fourchette prévue pour les « troubles fonctionnels douloureux après fracture » (10-20%) ou pour une instabilité articulaire grave de la « cheville dans son ensemble (tibiotarsienne + sous-astragaliennne) » (10-20%) et, pour le genou gauche, un taux correspondant à une limitation de la mobilité « entre 0° et 90° » (10%) (cf. Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, table 2, Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs ; table 6, Atteinte à l'intégrité en cas d'instabilité articulaire). S'agissant du coude gauche, une légère diminution de l'amplitude articulaire, bien qu'inférieure aux taux prévus par la table 1, Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, avait justifié l'octroi d'une IPAI de 5%.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 18 En l'espèce, l'aggravation attestée par le Dr G.\_\_\_\_\_ consiste en une légère arthrose nouvelle du coude gauche et des problèmes d'arthrose du genou gauche avec risque d'aggravation nécessitant la pose d'une prothèse totale du genou. Force est d'admettre que l'apparition ou l'aggravation d'arthrose, après un accident tel que celui subi par le recourant le 28 août 2001, lors duquel il avait subi de multiples fractures, ne constitue pas une aggravation imprévisible ni exceptionnelle. On doit donc partir du principe que l'appréciation de l'atteinte faite en 2004 par le Dr B.\_\_\_\_\_ prenait déjà en compte l'aggravation prévisible et, partant, la survenance ou l'aggravation de l'arthrose au niveau des articulations touchées, même si son rapport du 24 mars 2004 ne le précise pas de manière explicite. Quant à la question de la prothèse totale du genou, envisagée par le Dr G.\_\_\_\_\_ comme très probable, la situation devra, le cas échéant, être réévaluée le moment venu. En l'état, il n'est pas possible de déterminer quelle sera l'atteinte définitive après une telle intervention – censée, au demeurant, circonscrire le dommage corporel – pour autant que celle-ci soit effectivement réalisée un jour. Enfin, comme le souligne à raison l'autorité intimée, la reconnaissance du taux de 65% auquel conclut le recourant reviendrait à admettre une atteinte plus grave que celle d'une amputation au-dessus du genou (taux 50%), de la perte fonctionnelle totale d'un membre inférieur (50%) ou de la perte fonctionnelle totale des deux membres supérieurs (50%). Même si, dans le cas d'espèce, l'assuré subit une pluralité d'atteintes qu'il convient certes d'examiner dans leur globalité, la situation ne saurait être qualifiée d'aussi grave que les exemples précités. Dans ces conditions, la Cour considère qu'il n'existe en l'état pas de motif suffisant pour justifier une augmentation de l'IPAI allouée au recourant.

L'aggravation de son état de santé, reconnue et prise en compte dans le cadre du nouveau calcul du taux d'invalidité, n'est en l'état pas suffisamment importante et imprévisible, par rapport aux éléments retenus en 2004, pour justifier une telle augmentation. Il s'ensuit le rejet du recours sur ce second point. 7. Synthèse, frais et indemnité de partie 7.1. Au vu de tout ce qui précède, le recours est partiellement admis. La décision sur opposition rendue le 10 février 2022 par la SUVA est annulée en tant qu'elle refuse l'augmentation de la rente et la cause lui est renvoyée pour calcul du nouveau taux d'invalidité sur la base d'un taux d'incapacité médicale de 50%, compte tenu des limitations décrites. La décision est en revanche confirmée s'agissant du refus d'augmenter le taux de l'indemnité pour atteinte à

l'intégrité allouée en 2005. 7.2. En application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière (cf. art. 61 let. f bis LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 7.3. Le recourant ayant obtenu partiellement gain de cause, il a droit à une indemnité de partie partielle pour ses frais de défense. Le 10 novembre 2022, la mandataire du recourant a déposé une liste de frais faisant état d'un total de CHF 9'730.20, TVA par CHF 695.39 incluse, correspondant à 35 heures et 16 minutes de travail au tarif horaire de CHF 250.-. Ont notamment été comptabilisées 12 heures pour la rédaction du recours puis 8 heures pour la rédaction des contre-observations, ainsi qu'environ 5h30 pour l'étude du dossier et des rapports médicaux et 2h15 pour la préparation des questionnaires médicaux adressés au médecin. Une telle durée de travail excède manifestement ce que l'on peut raisonnablement attendre dans un tel dossier au vu de la nature, l'importance et la difficulté de la présente cause, qui ne comporte pas de questions de fait ou de droit inhabituelles ou exceptionnellement ardues. Dans ces conditions, il convient de s'écarter de la liste de frais produite et de retenir que l'ensemble du travail requis dans ce dossier n'aurait pas dû représenter plus de 16 heures de travail, ce qui semble adéquat au vu des circonstances, et notamment de l'analyse à fournir dans la présente affaire, certes non dénuée de quelques difficultés techniques, mais demeurant malgré tout soumise aux maximes d'office et inquisitoire. Au vu de l'admission partielle du recours, l'indemnité de partie est fixée ex aequo et bono à CHF 2'000.- débours compris, plus CHF 154.- au titre de la TVA au taux de 7.7%, soit un total de CHF 2'154.-. Un tel montant représente environ 8 heures de travail, facturées au tarif horaire de CHF 250.- en vigueur (art. 8 al. 1 du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative [Tarif/JA; RSF 150.12]), soit environ la moitié du temps total admis, ce qui correspond globalement au temps qui a dû être consacré à la question de l'augmentation de la rente, sur laquelle le recours est admis. Ce montant est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 la Cour arrête : I. Le recours est partiellement admis. Partant, la décision sur opposition du 10 février 2022 est annulée en tant qu'elle refuse l'augmentation de la rente d'invalidité à la clôture de la rechute. La cause est renvoyée à la SUVA pour calcul du nouveau taux de la rente LAA sur la base d'un taux d'incapacité médicale de 50% et compte tenu des limitations décrites. La décision sur opposition du 10 février 2022 est en revanche confirmée en tant qu'elle refuse d'augmenter l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure. III. L'indemnité partielle allouée au recourant pour ses frais de défense est fixée à CHF 2'154.-, TVA de CHF 154.- incluse. Elle est mise 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 10 octobre 2023/isc Le Président La Greffière-rapporteuse

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