

# FR\_GERICHTE 605 2022 6 vom 22. Oktober 2022

FR Kantonsgericht, 2022-10-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2022\\_6](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2022_6)

FR: FR\_GERICHTE 605 2022 6 du 22 octobre 2022

IT: FR\_GERICHTE 605 2022 6 del 22 ottobre 2022

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

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.

### E. 2.1

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

### E. 2.2

Selon l'art. 16 al. 1 LAA, 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. L'al. 2 de cette disposition précise que le droit à l'indemnité journalière 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.

### E. 2.3

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 22 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).

#### **E. 2.4**

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.

#### **E. 3**

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).

#### **E. 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 22 permet de déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident.

### **E. 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).

### **E. 3.3**

En ce qui concerne le revenu d'invalidé, 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).

#### **E. 3.3.1**

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'invalidé peut être évalué notamment sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : l'OFS).

#### **E. 3.3.2**

Selon la jurisprudence, lorsque le revenu d'invalidé est évalué sur la base des données de l'Office fédéral de la statistique, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. De telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Cette déduction doit être opérée seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. 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. A cet effet, l'administration jouit d'un large pouvoir d'appréciation et le juge ne peut s'en écarter et y substituer son appréciation sans motif pertinent (cf. arrêt TF I 724/2002 du 10 janvier 2003 ; ATF 126 V 75). D'autre part, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu d'invalidé, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour cette même raison (arrêt TF 8C\_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4.2). Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; arrêts TF 9C\_963/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.2 et I 724/2002 du 10 janvier 2003 consid. 4.2).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 22

### **E. 4**

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). 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). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009; voir également FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., 2007, no 229). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415, U 134/03, consid. 5.2; RAMA 2000 p. 41, U 360/98, consid. 1). Ce n'est qu'en cas d'affections à la colonne vertébrale que le taux de l'atteinte à l'intégrité dépend de l'intensité des douleurs ressenties par l'assuré (cf. arrêt TF 8C\_389/2009 du 7 avril 2010 consid. 5.3). Il incombe par conséquent aux médecins de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit., no 235; arrêt TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009). 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).

## **E. 5**

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 et 114 V 310 consid. 3c).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 22

### **E. 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). 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, une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la SUVA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la SUVA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées). Enfin, 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).

### **E. 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).

### **E. 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

Tribunal cantonal TC Page 8 de 22 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.

## **E. 6**

**Problématique** Le recourant conteste la stabilisation de l'état de santé, estimant que sa capacité de gain pourrait encore évoluer. Il conteste également le refus de rente. Il estime qu'il ne serait pas capable de travailler à plus de 20% et critique les montants retenus à titre de salaires avec et sans invalidité. Enfin, il soutient qu'une IPAI devrait lui être octroyée. Qu'en est-il ?

## **E. 7**

**Situation personnelle** Le recourant est marié et père de 3 enfants (doc. 13, dossier 16.33563.05.1). Au moment de son accident, en février 2018, il travaillait en qualité de maçon auprès de B.\_\_\_\_\_ Sàrl. Son contrat a toutefois été résilié un an plus tard environ, pour la fin du mois de mai 2019 (doc. 55, dossier 16.33563.05.1).

## **E. 8**

**Accident du 15 avril 2005** Le 15 avril 2005, le recourant a glissé sur un chantier, subissant une fracture Weber B de la cheville droite (doc. 1, dossier 16.33563.05.1). Il a été opéré le lendemain : « Ostéotomie de correction du cal vicieux. Réduction et ostéosynthèse de la malléole externe » (doc. 10, dossier 16.33563.05.1). L'évolution a été favorable, permettant une reprise du travail et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (doc. 8, 12 et 129, dossier 16.33563.05.1).

## **E. 9**

**Accident du 16 février 2018** Le 16 février 2018, le recourant est tombé dans l'escalier et s'est blessé au pied droit (doc. 13, dossier 16.33563.05.1).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 22

### **E. 9.1**

Quelques jours plus tard, Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a diagnostiqué une entorse de grade 1 de la cheville droite (rapport du 20 février 2018, doc. 17, dossier 23.78900.18.5). Le recourant souffrirait de douleurs depuis son accident et ne parviendrait pas à marcher sans boiter, mais la médecin a estimé qu'il serait en mesure de reprendre le travail en mars 2018.

### **E. 9.2**

Le 5 avril 2018, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a remarqué que le recourant se déplaçait avec des béquilles et qu'il se plaignait de douleurs au niveau de la fesse droite, irradiant au niveau de la cuisse,

du mollet et de la malléole externe (doc. 17, dossier 23.78900.18.5). Ne comprenant pas ces douleurs, il a proposé une évaluation à la Clinique romande de réadaptation (CRR) si la capacité de travail n'était pas recouvrée à la fin du mois.

### **E. 9.3**

Le 9 mai 2018, la Dre E. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, a confirmé le diagnostic d'entorse de grade 1 de la cheville droite, sans remarquer d'autre anomalie (doc. 29, dossier 23.78900.18.5). Elle a estimé que le traitement était terminé et qu'une reprise du travail était possible dès le 1er mars 2018 déjà.

### **E. 9.4**

Du 13 juin au 3 juillet 2018, le recourant a séjourné à la CRR (p. 43, dossier 16.33563.05.1). Les 15 et 19 juin 2018, des radiographies du bassin, des genoux et de la hanche droite ont été réalisées. Elles n'ont mis aucune lésion en évidence, à l'exception d'une enthésopathie (= maladie qui se caractérise par des douleurs au niveau de l'insertion des tendons) calcifiante à l'insertion du moyen fessier au grand trochanter fémoral droit (doc. 44, dossier 16.33563.05.1). Le 18 juin 2018, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et Mme G. \_\_\_\_\_, maître socioprofessionnel ont remarqué que le recourant était focalisé sur sa souffrance : « Nous peinons à obtenir des informations concernant le poste de travail de Monsieur, celui-ci ramenant toujours la conversation sur ses douleurs et limitations » (doc. 44, dossier 16.33563.05.1). Le 21 juin 2018, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a relevé que le recourant se plaignait de douleurs de type tiraillements autour de la malléole externe surtout à la charge et d'une diminution de la sensibilité et de la force diffuse au membre inférieur droit (doc. 44, dossier 16.33563.05.1). Il n'a cependant constaté aucune atteinte des structures nerveuses et a remarqué que, malgré une modification subjective de la sensibilité, les neurographies sensitivomotrices étaient normales. La physiothérapeute Mme I. \_\_\_\_\_ a constaté que le recourant déchargeait son membre inférieur droit dans toutes les activités, qu'il était démonstratif et passablement centré sur la douleur, rendant la prise en charge difficile. Il effectuerait de plus des contre-pulsions lors des mobilisation passives, rendant les valeurs peu fiables (doc. 44, dossier 16.33563.05.1). De nombreuses incohérences ont été remarquées. Le recourant se montrait incapable de charger plus de 25 kg sur son membre inférieur droit, alors qu'il marchait et que lui-même pesait 80 kg. La flexion passive du genou droit ne s'élevait qu'à 70° et celle de la hanche à 60°, alors qu'en position assise, le recourant tenait spontanément son genou à 90°, maintenait parfaitement la position assise (hanche à 90°) et se penchait en avant pour enlever ses chaussures.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 22 De plus, il était tellement centré sur sa douleur que la physiothérapeute a été incapable de mettre sur pied un programme fonctionnel. Le 10 juillet 2018, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, de la CRR a diagnostiqué une entorse latérale du pied droit, un surpoids et une enthésopathie calcifiante à l'insertion du moyen fessier au grand trochanter D (doc. 44, dossier 16.33563.05.1). D'emblée, il a observé un « patient multi-plaintif, très démonstratif avec un comportement douloureux et beaucoup d'auto-limitations ». Les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas par les lésions objectives constatées durant le séjour. Des facteurs contextuels influenceraient les aptitudes fonctionnelles, « notamment une anxiété, une kinésiophobie et un catastrophisme élevés avec une perception d'handicap fonctionnel très importante associée à une focalisation sur la douleur et à de nombreuses autolimitations ».

Une stabilisation de l'état de santé devait intervenir dans un délai de 2 à 4 semaines maximum. Le médecin a estimé difficile de poser des limitations fonctionnelles au vu des nombreuses auto-limitations et des incohérences constatées par ses confrères. En s'appuyant sur les données objectives, il a constaté qu'il ne pouvait en retenir aucune. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité serait favorable à court terme. Les médecins ont toutefois « accordé » au recourant une reprise progressive à 50% dès le 16 juillet 2018, soulignant que des facteurs non médicaux pouvaient jouer un rôle dans cette reprise.

#### **E. 9.5**

Le 11 octobre 2018, la Dre K. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie et médecin-conseil de la Suva, était d'avis que l'entorse était guérie deux à trois mois après l'accident, rappelant que, selon le Dr D. \_\_\_\_\_, il n'existait pas d'explication pour les douleurs ressenties à la cheville (doc. 43, dossier 23.78900.18.5). Le recourant serait rétabli depuis plusieurs mois déjà, depuis la consultation chez le confrère précité en avril 2018.

#### **E. 9.6**

Le 23 octobre 2018, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la Suva, a considéré, en se référant au rapport de la CRR, que la stabilisation de l'état de santé était intervenue depuis longtemps (doc. 16, dossier 16.33563.05.1).

#### **E. 10**

Découverte d'un kyste et opération du 20 novembre 2018 Le 5 novembre 2018, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a mis en évidence un kyste douloureux sur status post ostéosynthèse d'une fracture en 2005 (doc. 19, dossier 16.33563.05.1).

#### **E. 10.1**

Le 20 novembre 2018, le recourant a subi une opération visant l'ablation de ce kyste : « ostéotomie du péroné distal droit, débridement du kyste, ostéotomie du tibia droit pour prise de greffe osseuse, mise en place d'une plaque Synthes Compact Fland 1,5 mm au niveau du péroné distal droit » (doc. 21, dossier 16.33563.05.1).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 22

#### **E. 10.2**

Le 19 décembre 2018, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de la Suva, a relevé que le dommage sur lequel a porté l'opération pouvait être imputé à l'accident du 15 avril 2005, également couvert, à l'époque, par la Suva (doc. 23, dossier 16.33563.05.1).

#### **E. 10.3**

Au printemps 2019, soit le 22 mars 2019, le Dr M. \_\_\_\_\_ a relevé que le patient se plaignait toujours de douleurs et qu'il marchait avec une boiterie de décharge (doc. 45, dossier 16.33563.05.1). Il a ainsi soupçonné une névralgie (= douleur causée par des lésions ou des irritations nerveuses).

#### **E. 10.4**

Deux mois plus tard, il a retenu la présence de douleurs neuropathiques de type allodynie de la cicatrice au niveau de la malléole latérale (rapport du 6 mai 2019, doc. 67, dossier 16.33563.05.1). Les traitements réalisés n'auraient amélioré les douleurs quelques jours seulement.

#### **E. 10.5**

En été 2019, le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, a à son tour constaté des douleurs neuropathiques et mécaniques de la cheville gauche (rapport du 9 juillet 2019, doc. 73, dossier 16.33563.05.1). Il a estimé que les douleurs persisteront certainement à l'avenir, mais qu'il ne serait pas nécessaire d'intervenir auprès de l'employeur pour une affectation à un poste de travail approprié.

#### **E. 10.6**

Le 12 août 2019, les Drs M.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont confirmé la présence de douleurs chroniques face latérale de la cheville mécaniques et neuropathiques (doc. 160, dossier 16.33563.05.1). L'évolution était stagnante et l'intervention du kyste n'a pas amélioré la situation. Une dizaine de jours plus tard, le 23 août 2019, ils ont indiqué qu'ils ne pouvaient pas proposer d'intervention chirurgicale vu l'absence d'une lésion mécanique, la physiothérapie étant par ailleurs impossible vu les douleurs, qui allaient probablement demeurer (doc. 161, dossier 16.33563.05.1). Les médecins étaient d'avis que le recourant devrait se réadapter professionnellement, car il ne serait sûrement pas en mesure de reprendre l'activité de maçon.

#### **E. 10.7**

En automne 2019, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, appelé à se prononcer sur les « douleurs chroniques et réfractaires à tout traitement », a retenu un probable syndrome douloureux régional complexe (CRPS ; =douleur chronique au niveau des bras ou des jambes qui se manifeste après une blessure, une intervention chirurgicale, un accident vasculaire cérébral ou une crise cardiaque) (rapport du 16 septembre 2019, doc. 89, dossier 16.33563.05.1).

#### **E. 10.8**

Le 20 septembre 2019, le Dr P.\_\_\_\_\_ a confirmé son précédent rapport (doc. 98, dossier 16.33563.05.1).

#### **E. 10.9**

Le 29 octobre 2019, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a estimé que les douleurs du recourant empêchaient celui-ci de travailler (doc. 114, dossier 16.33563.05.1). Il n'a certainement pas pu répondre à la question de savoir quelles mesures pourraient dans quel délai améliorer l'état de santé de son patient, relevant qu'une nouvelle formation dans un

Tribunal cantonal TC Page 12 de 22 environnement peu physique, avec la possibilité de travailler plutôt en position assise, semblait nécessaire. Il a estimé que les troubles étaient liés à l'accident de 2018, voire à l'intervention chirurgicale qui a suivi.

#### **E. 10.10**

Le 25 novembre 2019, le Dr S.\_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant était incapable de travailler et qu'il était limité dans la marche et le port de charges. L'atteinte serait liée à l'accident subi en 2005, « avec récurrence des douleurs lors d'une entorse en 2018 dans le cadre d'un kyste du péroné distal ».

### **E. 10.11**

Le 15 novembre 2019, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a remarqué que le recourant se plaignait d'une augmentation importante des douleurs, toujours sur le versant externe de la cheville où a eu lieu l'intervention chirurgicale en 2018 (doc. 112, dossier 16.33563.05.1). N'ayant pas d'autre traitement à proposer, il a également conseillé une reconversion professionnelle, estimant que la recourant ne pourrait pas reprendre le travail sur les chantiers.

### **E. 10.12**

Le 22 novembre 2019, le Dr O.\_\_\_\_\_ a répété que son patient souffrait de douleurs mixtes, neuropathiques et mécaniques, au niveau de la cheville et du pied droit : « Je suspecte que, suite à son traumatisme de février 2018, il a subi un traumatisme nerveux indéterminé, qui a résulté en la génération de douleurs neuropathiques chroniques, avec une probable hypersensibilisation centrale surajoutée » (doc. 114, dossier 16.33563.05.1). L'incapacité de travail serait totale. Les douleurs se faisant ressentir à la moindre charge du membre inférieur droit, le recourant ne serait plus en mesure de travailler en qualité de maçon. Il était d'avis que les troubles étaient liés à la chute en février 2018, les douleurs étant apparues à ce moment-là et étant restées inchangées.

### **E. 10.13**

En été 2020, soit le 7 juillet 2020, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin SMR, est à son tour arrivé à la conclusion, dans le cadre de la procédure AI, que les traitements étaient centrés sur la gestion de la douleur et que les médecins ne s'attendaient plus à une amélioration. La situation pouvait ainsi être considérée comme suffisamment stabilisée (pièce 4 du bordereau du 11 janvier 2022). Il ressortirait du dossier AI que le médecin traitant attestait d'une capacité de travail de 6 heures par jour dans une activité sans marche prolongée, sans port de charges et sans sollicitation répétitive de la cheville droite, avec une diminution de rendement « floue » jusqu'à 50%. Le Dr T.\_\_\_\_\_ n'a cependant pas pu valider cette proposition, qu'il estimait trop restreinte et insuffisamment motivée. En l'absence d'un avis médical au dossier AI qui pourrait être suivi, le médecin a proposé de fixer la capacité de travail par le biais d'une expertise rhumatologique, ou d'essayer des mesures de réinsertion dans une activité à 100% respectant les limitations fonctionnelles évoquées, avec une diminution de rendement de maximum 25%.

### **E. 10.14**

Le 21 août 2020, le Dr O.\_\_\_\_\_ a une nouvelle fois indiqué que son patient souffrait de douleurs neuropathiques de la cheville et du pied droit, avec une atteinte des nerfs fibulaires superficiel et du nerf sural suite à son accident de février 2018, avec un traumatisme en inversion

Tribunal cantonal TC Page 13 de 22 de la cheville qui a probablement mené à une neuropathie de ces deux structures (doc. 145, dossier 16.33563.05.1). La situation antalgique a été jugée satisfaisante par le médecin, les médicaments semblant avoir un bon effet.

### **E. 10.15**

Le 4 septembre 2020, le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la Suva, a estimé que les troubles du recourant étaient liés à l'accident du 15 avril 2005 (doc. 131). Les diagnostics

de névralgie et de CRPS seraient plausibles et la situation ne serait médicalement pas stabilisée.

## **E. 11**

Nouveau séjour à la CRR en automne 2020

### **E. 11.1**

Le recourant a encore séjourné au CRR du 27 octobre au 20 novembre 2020 (doc. 163). Le 9 novembre 2020, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a remarqué qu'en raison des plaintes à moindre tentative de mobilisation, un examen sérieux était impossible (doc. 164). L'inspection de la cheville et du pied étaient pourtant tout à fait calmes. Les radiographies des pieds mettaient en évidence des rapports ostéo-articulaires conservés et, surtout, une absence de déminéralisation diffuse dans le pied et la jambe « que nous devrions trouver chez un patient qui ne charge quasiment plus depuis environ 2 ans son MID ». Le 2 novembre 2020, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et M. W. \_\_\_\_\_, maître socio-professionnel, ont pris le recourant en charge dans des ateliers pour des périodes allant jusqu'à 2 heures consécutives (doc. 164, dossier 16.33563.05.1). Le temps de présence n'a pas pu être augmenté, le recourant se plaignant de douleurs très importantes après une heure de travail, y compris dans des activités sédentaires et sans contraintes. Au vu de diverses incohérences, les intervenants n'ont pas été en mesure de se prononcer sur la valeur des résultats fonctionnels lors des activités réalisées. Il se sont contenté d'indiquer que les douleurs limitantes dans le membre inférieur droit, y compris dans les activités sédentaires, ainsi qu'un déconditionnement en raison de la période d'inactivité professionnelle pénaliseraient l'intégration socio-professionnelle. Le 17 novembre 2020, la Dre X. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a écarté tout diagnostic psychiatrique (doc. 164, dossier 16.33563.05.1). Elle a rencontré un patient passablement focalisé sur ses douleurs qui ruminait beaucoup, inquiet pour son avenir. Dans l'attente d'une solution médicale, il semblait très peu engagé dans les thérapies actives. Des facteurs extra-médicaux continuaient à influencer la situation : « Les facteurs contextuels à savoir l'arrêt des indemnités journalières vécues comme injuste participe probablement à entretenir un statut d'invalidé, influençant de façon négative le tableau clinique actuel ».

Tribunal cantonal TC Page 14 de 22 Le 4 novembre 2020, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en médecine du sport, a réalisé un ultrason de la cheville droite qui a mis en évidence un « léger épanchement intra-articulaire de la tibio-talienne. Ligament talo-fibulaire antérieur hétérogène mais compétent et status post-ostéotomie de la malléole externe » (rapport du 4 novembre 2020, doc. 164, dossier 16.33563.05.1). Le même jour, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine nucléaire et radiologie, a réalisé une radiographie des chevilles qui a permis d'observer un status post mise en place de matériel d'ostéosynthèse pour une fracture malléolaire bien consolidée (doc. 164, dossier 16.33563.05.1). Aucune autre anomalie n'était visible, le médecin remarquant une bonne congruence articulaire et une bonne minéralisation osseuse. Le 9 novembre 2020, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a procédé à un ultrason qui n'a révélé aucune atteinte structurelle des nerfs périphériques au pied droit (rapport du 11 novembre 2020, doc. 164, dossier 16.33563.05.1). Le 19 novembre 2020, M. AA. \_\_\_\_\_, ergothérapeute, a estimé que l'évaluation de la sensibilité montrait une allodynie sur toute la zone du pied ainsi que la partie distale de la jambe droite. Les

techniques d'antalgie, de désensibilisation et de programme d'imagerie motrice seraient inefficaces pour réduire les douleurs, et la Wii-thérapie ainsi que les activités de la vie quotidienne seraient impossibles avec une charge au membre inférieur au vu des douleurs provoquées par la mobilisation active du pied (doc. 164, dossier 16.33563.05.1). A une date inconnue, M. AB.\_\_\_\_\_, physiothérapeute, a constaté une péjoration, durant le séjour, de l'état du recourant. Celui-ci parvenait, à son entrée, à marcher sans moyen auxiliaire sur de petites distances, mais avait, à l'issue du séjour, besoin de cannes anglaises et déchargeait presque entièrement le membre inférieur droit (doc. 164, dossier 16.33563.05.1). Le thérapeute a constaté que la douleur limitait l'élaboration d'un programme de rééducation adéquat. Le 20 novembre 2020, le Dr AC.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a procédé à une électroneuromyographie (qui a pour but de mesurer l'activité électrique des nerfs et des muscles afin de détecter une faiblesse musculaire ainsi qu'une éventuelle anomalie de la conduction nerveuse), laquelle n'a toutefois révélé aucune anomalie (doc. 164, dossier 16.33563.05.1). Le 20 novembre 2020, le Dr J.\_\_\_\_\_ a remarqué que le recourant se plaignait de douleurs à la malléole externe droite, irradiant en médio-péroné et médio-pied latéral, type coup de couteau augmentant à la marche sur sol irrégulier, au pire à 6/10, au mieux à 0/10, soulagées par les patchs et le repos. Le périmètre de marche était estimé à 30 minutes, avec tuméfaction localisée. Le recourant présentait de plus une allodynie avec hypoesthésie péri-malléolaire latérale et un moral diminué (doc. 164, dossier 16.33563.05.1). Les plaintes et les limitations ne s'expliqueraient pas par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels, soit une focalisation sur les douleurs, une perception du handicap fonctionnel majeure, une kinésiophobie modérée, un catastrophisme élevé et des nombreuses autolimitations pouvaient jouer un rôle important.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 22 Le médecin n'a trouvé aucune explication médicale au fait que le recourant a progressivement déchargé son membre inférieur droit durant le séjour, et que ses résultats à tous les tests fonctionnels, y compris ceux du membre sain, ont diminués. La situation était stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, aucune intervention n'étant proposée pour la cheville droite. Il était difficile de poser des limitations fonctionnelles au vu des nombreuses autolimitations constatées, les mesures observées correspondant en effet à « un effort consenti par le patient et non à un effort maximal ». Ainsi, « en s'appuyant sur des données objectives », aucune limitation n'a pu être retenue. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était favorable, mais des facteurs non-médicaux pouvaient ralentir le processus de réinsertion.

## **E. 12**

Evaluation à partir de l'année 2021

### **E. 12.1**

En début d'année 2021, soit le 8 février 2021, le Dr O.\_\_\_\_\_ a rapporté que les douleurs avaient encore évolué ces derniers mois (doc. 188, dossier 16.33563.05.1). En octobre 2020, le traitement médicamenteux était plutôt favorable et permettait au recourant de se déplacer 20 à 30 minutes avec moins de douleurs. Celui-ci présentait toujours une allodynie mécanique importante dans la région de la cicatrice, mais la situation était stable en niveau des douleurs. En début d'année toutefois, les douleurs auraient progressivement augmenté. Une IRM lombaire a révélé un hémangiome (= tumeur bénigne des cellules qui tapissent les vaisseaux sanguins) au niveau du corps vertébral de L3 et de L5 et des hernies de Schmorl

multi-étagées, mais n'a pas mis en évidence de radiculopathie pouvant expliquer la symptomatologie. Le médecin a réadapté le traitement médicamenteux, modifié lors du séjour à la CRR.

### **E. 12.2**

Le 23 février 2021, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de la Suva, a rendu son rapport final après avoir examiné le recourant (doc. 177, dossier 16.33563.05.1). Celui-ci indiquait que ce dernier allait bien lorsqu'il était au repos, mais qu'il ressentait des douleurs après 30 minutes lorsqu'il était assis et après 20 minutes de marche, pour laquelle il devrait d'ailleurs s'aider d'une ou de deux cannes anglaises. La position statique debout serait immédiatement douloureuse et le port de charges impossible. La moindre activité serait impossible à réaliser. Objectivement cependant, le médecin a remarqué que le recourant était en bon état général. Il se déplaçait relativement aisément avec deux cannes et a maintenu la position assise, avec la jambe droite posée devant lui, durant 50 minutes de consultation. En se dirigeant vers la table d'examen, il marchait avec les deux jambes bien tendues et les deux talons appuyés sur la surface. A l'examen clinique, des touchers légers déclenchaient des douleurs. Le médecin a de plus relevé plusieurs incohérences. D'abord, l'absence d'amyotrophie du membre inférieur droit malgré le fait que le recourant semblait très peu utiliser sa jambe, qu'il ne déroulait

Tribunal cantonal TC Page 16 de 22 pas son pied droit et qu'il ne posait pas entièrement son poids sur sa jambe lors de l'entretien. Ensuite, l'absence de douleur à la palpation du 5<sup>e</sup> métatarse, alors que le test de Gaenslen (= examen clinique utilisé en médecine et physiothérapie pour l'évaluation de patients avec possible affectation des articulations sacro-iliaques) était très douloureux à ce niveau. La situation était stabilisée, aucune nouvelle intervention n'étant prévue ou indiquée. Le recourant pouvait exercer une activité à plein temps, de préférence assise-debout, permettant des déplacements sur de courtes distances, sans devoir monter et/ou descendre des escaliers de manière répétitive, sans port de charge répétitif, et sans port de charge au-delà de 20 kg. Quant à une éventuelle IPAI, les conditions d'octroi n'étaient pas remplies.

### **E. 12.3**

Le 12 mars 2021, le Dr N. \_\_\_\_\_ s'est déterminé sur le rapport du 8 février 2021 du Dr O. \_\_\_\_\_. Il a remarqué que les douleurs rapportées par le patient ne pouvaient pas être expliquées par les atteintes structurelles en lien avec les atteintes qui concernaient la Suva (doc. 192, dossier 16.33563.05.1). Ainsi, il a estimé que ce rapport n'était pas de nature à modifier sa position du 23 février 2021.

### **E. 12.4**

Le 29 mars 2021, le Dr O. \_\_\_\_\_ s'est déterminé sur le rapport final du Dr N. \_\_\_\_\_ (doc. 206, dossier 16.33563.05.1). Il a estimé que l'absence d'atrophie musculaire du membre inférieur droit s'expliquait par le fait que le recourant marchait une trentaine de minutes tous les jours. De plus, l'absence de douleur à la palpation du 5<sup>e</sup> métatarse, alors que le test de Gaenslen était très douloureux à ce niveau, laissait penser que la manœuvre n'a pas été correctement réalisée. Le médecin s'est enfin étonné de la conclusion selon laquelle le recourant serait en mesure d'exercer une activité en pleine capacité, alors que celui-ci présentait des douleurs handicapantes au moindre mouvement du membre inférieur droit ou dans une position assise prolongée, ce d'autant plus qu'il souffrait de troubles du sommeil et de la concentration en raison des douleurs et des médicaments.

### **E. 12.5**

Le 19 avril 2021, le même médecin a relevé une augmentation des douleurs et « un impact fonctionnel subséquent » (doc. 209, dossier 16.33563.05.1). Son patient présentait probablement des lésions neurologiques suite au stress mécanique provoqué par le mouvement en inversion, qui a débouché sur des douleurs neuropathiques réfractaires, possiblement péjorées suite à la prise en charge chirurgicale. Le recourant pouvait travailler à 20% tout au plus dans une activité qui tiendrait compte de la problématique du recourant, des douleurs incessantes au moindre mouvement et des troubles de la concentration. La situation médicale ne serait pas stabilisée vu l'aggravation des douleurs chroniques et « une augmentation de la topographie avec de nouveaux territoires nerveux impliqués ». Il a enfin critiqué une nouvelle fois le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 22

### **E. 12.6**

La décision querellée a été rendue le 27 avril 2021 et confirmée le 25 novembre 2021, cela sur la base des exigibilités retenues en février 2021 par le Dr N.\_\_\_\_\_ à l'issue de second séjour à la CRR.

### **E. 13**

Evaluation après le prononcé de la décision querellée

#### **E. 13.1**

Le 6 janvier 2022, le Dr O.\_\_\_\_\_ a souligné que la situation, « avec des périodes d'amélioration et des périodes de décompensation douloureuse », n'était toujours pas stabilisée. Il aurait tenté différents traitements, qui n'ont permis qu'une amélioration temporaire des douleurs (annexe au courrier du 25 janvier 2022). Il a estimé que le recourant souffrait de douleurs essentiellement neuropathiques. Aucune atteinte structurelle n'a pu être mise en évidence et il n'avait que peu d'arguments objectifs en faveur de ce diagnostic, si ce n'est la bonne réponse aux dernières infiltrations de structures nerveuses cutanées, superficielles, notamment son nerf cutané sural latéral, lequel n'aurait jamais été testé et que le médecin lui-même n'aurait réussi à identifier que tardivement. Les limitations fonctionnelles seraient très vastes. L'intéressé pourrait, s'il trouvait un travail adapté, « tenter un petit pourcentage », par exemple 20%. Le médecin a relevé que son patient souffrirait d'une atteinte importante et durable, extrêmement difficile à traiter et dont l'évolution est rarement favorable et souvent chronique.

#### **E. 13.2**

Le 8 mars 2022, le Dr N.\_\_\_\_\_ a constaté que, en l'état du dossier, il n'y avait plus de mesure thérapeutique susceptible d'améliorer notablement l'état de santé du recourant. Celui-ci bénéficiait depuis 2019 au moins d'une prise en charge au centre de la douleur du HFR, apparemment sans bénéfice notable. Depuis le rapport de sortie de la CRR du 20 novembre 2020 selon lequel l'état de santé était stabilisé, aucun élément médical ne s'est ajouté au dossier qui laisserait suggérer le contraire. Il serait peu probable que les douleurs, qui existaient depuis de nombreuses années et qui n'avaient que peu évolué malgré les nombreux traitements, puissent être soulagées, d'autant moins avec les nombreux facteurs contextuels qui ont été identifiés. L'exigibilité retenue en février 2021 serait toujours valable. Le recourant serait ainsi en mesure d'exercer à plein temps et sans diminution de rendement une activité de préférence assis-debout, permettant des déplacements sur de

courtes distances, sans devoir monter ou descendre des escaliers de manière répétitive, sans port de charges répétitif, sans port de charges au-delà de 20kg. Les critères d'indemnisation pour l'atteinte à l'intégrité ne seraient en outre pas remplis, l'imagerie ne montrant pas de troubles dégénératifs significatifs au niveau de la cheville droite. De plus, il ne serait pas possible de prédire si le recourant développerait un jour une arthrose au niveau de la cheville droite. S'agissant de incohérences contestées par son confrère le Dr O.\_\_\_\_\_, le Dr N.\_\_\_\_\_ a confirmé qu'une atrophie des muscles intervenait très rapidement lorsque le pied n'était pas posé à plat à chaque pas ou lorsqu'il n'était pas déroulé, ou lorsque le membre inférieur n'était que très partiellement chargé. Le résultat serait visible en quelques semaines, 2-3 en cas de décharge complète. En février 2021, le recourant posait à peine son pied au sol, ne le chargeait jamais

Tribunal cantonal TC Page 18 de 22 entièrement et ne le déroulait pas. Dans ces conditions, il aurait dû développer une amyotrophie, sévère si cette attitude avait perduré plusieurs mois. Or, rien de tel n'a été constaté. Quant au test de Gaenslen, il n'existerait, au vu de la description du déroulement de la manœuvre, aucun doute sur le fait qu'il a été correctement réalisé.

### **E. 13.3**

Le 14 mars 2022, le Dr AD.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et médecin-conseil de la Suva, a rappelé que le diagnostic de douleur neuropathique n'avait rien de « mystérieux » et qu'il correspondrait à une lésion neurologique en présence d'une distribution des douleurs dans un territoire plausible sur le plan neuroanatomique (annexe au courrier du 21 mars 2022). Or, en l'espèce, il n'existerait pas de lésion nerveuse et les douleurs ne correspondraient pas à un territoire nerveux plausible. En ce qui concerne les troubles sensitifs, ils ne s'expliquaient pas non plus sur un plan neuro-structurel. Une douleur neuropathique ne serait ainsi pas avérée au degré de la vraisemblance prépondérante. Le médecin était ainsi d'avis que l'état de santé était stabilisé, les mesures thérapeutiques n'étant pas susceptibles d'apporter une amélioration notable de l'état de santé.

### **E. 13.4**

Le 11 avril 2022, le Dr O.\_\_\_\_\_ a révélé qu'il avait revu son patient deux fois depuis le début de l'année, en janvier et en mai 2022, et qu'un traitement avait permis un soulagement de 40- 50% des douleurs durant environ deux mois. Le recourant ne se serait ensuite plus présenté aux rendez-vous (annexe au courrier du 20 mai 2022). Le médecin a répété que, même si aucune lésion neurologique n'avait pu être mise en évidence, il « restait convaincu » que le recourant présentait des douleurs d'allure essentiellement neuropathique, intéressant les structures nerveuses de la loge antéro-latérale de la jambe droite, ainsi qu'une probable sensibilisation des différents troncs nerveux issus du nerf poplité. Il souffrirait donc d'une atteinte des nerfs cutanés, purement sensitifs, sous forme de probables syndromes d'adhérences, qui pouvait expliquer l'absence d'atteinte structurelle et de modification de la vitesse de conduction de ces structures nerveuses. Ces structures étant essentiellement sensitives, les résultats d'une électroneuromyographie pouvaient se révéler normaux. Revenant une fois encore sur les incohérences citées par le Dr N.\_\_\_\_\_, le médecin a répété que le recourant chargeait régulièrement son membre inférieur droit à sa consultation et expliquait marcher régulièrement 20 à 30 minutes, freinant ainsi l'amyotrophie sévère. S'agissant du test de Gaenslen, il a répété qu'une palpation isolée ne pouvait déclencher de douleurs si une branche cutanée n'était pas

comprimée.

## **E. 14**

Discussion au sujet de la stabilisation de l'état de santé

### **E. 14.1**

Il doit être rappelé que la notion de stabilisation de l'état de santé n'implique pas nécessairement une disparition totale des troubles causés par l'accident. Le fait qu'un état de santé est stabilisé signifie uniquement que plus aucune amélioration notable de l'état de santé, respectivement de la capacité de gain, ne peut être attendue de la continuation du traitement médical.

Tribunal cantonal TC Page 19 de 22 Or, force est de constater que, dès l'été 2019, les médecins ne proposaient plus de traitement susceptible d'améliorer l'état de santé du recourant. Ne parvenant pas à expliquer l'origine des douleurs et leur persistance, ils étaient progressivement arrivés à la conclusion que la situation n'allait plus évoluer à l'avenir (cf. les rapports des Drs M. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ en août 2019, doc. 161, dossier 16.33563.05.1 ; du Dr Q. \_\_\_\_\_ en octobre 2019, doc. 114, dossier 16.33563.05.1 ; du Dr T. \_\_\_\_\_ en juillet 2020, pièce 4 du bordereau du 11 janvier 2022 ; des médecins de la CRR en novembre 2020, doc. 163 et 164, dossier 16.33563.05.1 ; du Dr AD. \_\_\_\_\_ en mars 2022, annexe au courrier du 21 mars 2022 ; du Dr N. \_\_\_\_\_ en février 2021, doc. 177, dossier 16.33563.05.1).

### **E. 14.2**

Seul le Dr O. \_\_\_\_\_ a contesté la stabilisation de l'état de santé. S'il a reconnu que les douleurs étaient stables en fin d'année 2020, permettant au recourant de marcher durant 20 à 30 minutes, il a en revanche soutenu qu'elles avaient progressivement augmenté en janvier 2021. Il aurait également remarqué une « augmentation de la topographie avec de nouveaux territoires nerveux impliqués », sans donner davantage d'explications à ce sujet (doc. 188, dossier 16.33563.05.1). Son rapport doit cependant être critiqué. D'abord, relevons que le médecin n'a pas été en mesure – pas plus que ses confrères – d'objectiver les douleurs. Il était certes bien convaincu que son patient souffrait de douleurs d'allure essentiellement neuropathiques et d'une « probable » sensibilisation des différents troncs nerveux issus du nerf poplité, mais il a cependant admis qu'aucune lésion n'avait pu être mise en évidence et qu'il n'avait que peu d'arguments objectifs en faveur de ce diagnostic. Ainsi, il s'est davantage basé, pour conclure à l'aggravation de l'état de santé, sur le ressenti subjectif et les plaintes de son patient que sur des constatations objectives des ressources résiduelles, de sorte qu'on ne saurait suivre ses conclusions. Par ailleurs, il semble que le recourant ait donné des explications peu crédibles à ses médecins au sujet de la situation susceptible de remettre en cause la stabilisation de l'état de santé. En effet, en février 2021, alors même que, selon le Dr O. \_\_\_\_\_, l'état de santé s'aggravait, il expliquait au Dr N. \_\_\_\_\_ qu'il ressentait notamment des douleurs après 30 minutes dans une position assise et après 20 minutes de marche avec les cannes (rapport du 23 février 2021, doc. 177, dossier 16.33563.05.1), ce qui correspond exactement à ce qui avait été observé avant l'aggravation alléguée de l'état de santé (doc. 188 précité, dossier 16.33563.05.1). De plus, le recourant semblait exagérer ses troubles, puisque le Dr N. \_\_\_\_\_ a remarqué que, malgré ses plaintes, il était en bon état de santé général, se déplaçait relativement aisément avec deux cannes, parvenait à maintenir la position assise, avec la jambe droite posée devant lui, durant les 50 minutes de consultation et marchait avec les deux jambes bien

tendues et les deux talons appuyés sur le sol.

### **E. 14.3**

Au vu de ce qui précède, il doit être retenu que l'état de santé du recourant était à tout le moins stabilisé depuis le mois de mai 2021, au vu des plaintes qui s'étaient figées au plus tard à ce moment-là.

Tribunal cantonal TC Page 20 de 22 C'est ainsi à raison que la SUVA a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 30 avril 2021, pour examiner ensuite si les conditions du droit à une rente d'invalidité à partir du 1er mai 2021 étaient remplies.

### **E. 15**

Discussion au sujet de la capacité résiduelle de gain Les médecins de la CRR, le Dr N. \_\_\_\_\_ et le Dr O. \_\_\_\_\_ se sont prononcés sur la capacité de gain du recourant.

#### **E. 15.1**

Les observations de la CRR et du Dr N. \_\_\_\_\_ sont relativement similaires. Les médecins n'ont en effet pas été en mesure d'expliquer objectivement les limitations et les plaintes du recourant mais ont mis de nombreuses autolimitations et incohérences en évidence. Les médecins de la CRR ont ainsi remarqué que le recourant était focalisé sur les douleurs, et qu'il présentait une perception du handicap fonctionnel majeure, une kinésiophobie modérée et un catastrophisme élevé. Il s'autolimitait ainsi de manière importante, faussant les résultats des examens. Il doit être relevé que les conclusions de la CRR sont particulièrement convaincantes. Le recourant a en effet été examiné par un grand nombre d'intervenants, soit des spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en psychiatrie et psychothérapie, en médecine physique et réadaptation, en médecine du sport, en neurologie et en radiologie, mais également par un ergothérapeute, un physiothérapeute et un maître socioprofessionnel. Dans le cadre d'une prise en charge étendue, les professionnels ont pu observer le recourant et remettre une analyse complète et consensuelle. Les observations du Dr N. \_\_\_\_\_ rejoignent d'ailleurs celles de ses confrères, puisqu'il a également reconnu des incohérences dans les déclarations du recourant (cf. ch. 12.2 ci-dessus). Parmi ces incohérences, soulignons le fait que celui-ci serait ressorti, à l'issue de son second séjour à la CRR, dans un état plus mauvais que celui qui était le sien à son entrée, cela en dépit même des soins et traitements prodigués sur place. Ceci donne à penser que la médecine n'a plus de prise sur les atteintes et les douleurs exprimées.

#### **E. 15.2**

Quoi qu'il en soit, sur la base de leurs observations, la CRR et le médecin-conseil ont estimé que le recourant pouvait travailler à plein temps et sans diminution de rendement. Leurs avis diffèrent uniquement sur la question de savoir quel genre d'activité pourrait être exigée. La CRR a considéré, « en s'appuyant sur des données objectives », qu'aucune limitation ne pouvait être retenue et que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était favorable. Le Dr N. \_\_\_\_\_ pour sa part, et malgré l'absence de lésion objectivable, a tenu compte des plaintes du recourant en retenant que celui-ci pouvait exercer une activité à plein temps, de préférence assise-debout, permettant des déplacements sur de courtes distances, sans devoir monter et/ou descendre des escaliers de manière répétitive, sans port de charge répétitif, et sans port de charge au-delà de 20 kg.

### **E. 15.3**

Le Dr O. \_\_\_\_\_ conteste ces conclusions, estimant que les limitations fonctionnelles seraient très vastes et que le recourant, s'il trouvait un emploi adapté, ne serait en mesure de travailler qu'à un taux de 20% maximum (annexe au courrier du 25 janvier 2022). Toutefois, et comme il a été relevé ci-dessus, son avis peut être écarté.

### **E. 15.4**

Au vu de ce qui précède, il doit être retenu que le recourant était en mesure de travailler à partir du 1er mai 2021 dans un emploi adapté à ses limitations, voire dans son emploi habituel.

## **E. 16**

Discussion au sujet du taux d'invalidité

### **E. 16.1**

Revenu sans invalidité La Suva a estimé que le recourant aurait continué à travailler en tant que maçon chez son ancien employeur, ce que ce dernier n'a pas contesté. Pour évaluer le revenu sans invalidité de la manière la plus concrète possible, l'autorité s'est basée sur le formulaire concernant l'évolution des salaires rempli par B. \_\_\_\_\_ Sàrl, dont il ressort que le recourant aurait perçu, en 2021, un salaire de CHF 29.20 pour un horaire hebdomadaire de 40.50 heures, augmenté d'un 13e salaire de 8.33%, soit un total annuel de CHF 66'618.- (doc. 196 et 201, dossier 16.33563.05.1). Ce résultat correspond à ce qu'aurait gagné le recourant s'il était resté chez son ancien employeur, de sorte qu'il ne peut être critiqué.

### **E. 16.2**

Revenu avec invalidité

#### **E. 16.2.1**

S'agissant du revenu avec invalidité, la Suva pouvait, selon la jurisprudence (cf. ch. 3.3.1), se fonder sur les chiffres statistiques de l'ESS. Ainsi, elle n'avait pas à modifier ce montant pour l'adapter aux salaires pratiqués dans le canton de Fribourg.

#### **E. 16.2.2**

La Suva n'avait pas non plus à retenir une diminution de rendement, le Dr N. \_\_\_\_\_ et les médecins de la CRR n'y concluant pas. Il est vrai, comme l'a relevé le recourant, que le Dr T. \_\_\_\_\_ a suggéré de tenir compte d'une diminution de 25% (pièce 4 du bordereau du 11 janvier 2022). Mais ce médecin se prononçait dans le cadre d'une procédure AI, et l'on ne peut exclure qu'il se soit fondé sur des atteintes n'engageant pas la responsabilité de l'assurance-accidents. Par ailleurs, il se prononçait ici en été 2020, soit à un moment où les médecins de la Suva et les spécialistes de la CRR ne s'étaient pas déterminés sur l'exigibilité. Ainsi, on ne saurait considérer qu'il s'agissait, à ce moment-là, d'une évaluation finale de la capacité de gain dont il s'agirait de tenir compte.

#### **E. 16.2.3**

Enfin, on ne saurait reprocher à l'autorité de ne pas avoir appliqué un abattement au revenu avec invalidité. L'autorité a suffisamment tenu compte des douleurs exprimées par le recourant dans la détermination des limitations et, ainsi, du salaire que celui-ci serait en mesure de percevoir.

Tribunal cantonal TC Page 22 de 22 On ne saurait prendre une nouvelle fois ce critère en ajustant encore le revenu avec invalidité.

### **E. 17**

Discussion au sujet de l'IPAI Le recourant estime avoir droit à une IPAI, mais ne chiffre pas sa demande ni ne produit le moindre rapport médical sachant remettre en question le raisonnement du médecin-conseil de la Suva. En outre, il ne doit pas être perdu de vue que les troubles du recourant n'ont jamais pu être objectivés et qu'ils sont étroitement liés à des facteurs extra-médicaux.

### **E. 18**

Conclusion, frais et indemnité

#### **E. 18.1**

Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être rejeté. La Suva pouvait retenir que l'état de santé était stabilisé malgré les plaintes et douleurs exprimées par le recourant et que celui-ci était en mesure de travailler dans une activité adaptée. L'appréciation du taux d'invalidité ne peut être critiquée, tout comme le refus d'octroyer une IPAI.

#### **E. 18.2**

La procédure étant gratuite dans la mesure où elle tend à l'octroi de prestations, il n'est pas perçu de frais de justice. Aucune indemnité de partie n'est enfin allouée au recourant, qui succombe. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. 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 22 octobre 2022/dhe Le Président : La Greffière :

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