

FR_GERICHTE 605 2023 104 vom 14. Oktober 2024

FR Kantonsgericht, 2024-10-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2023_104

FR: FR_GERICHTE 605 2023 104 du 14 octobre 2024

IT: FR_GERICHTE 605 2023 104 del 14 ottobre 2024

Regeste

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

Erwägungen

E. 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, par un recourant étant directement touché par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée. Il est ainsi recevable.

E. 2

Règles générales relatives aux prestations LAA

E. 2.1

En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale 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) et le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA).

E. 2.2

Selon l'art. 16 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 (al. 1). 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 (al. 2).

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).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 20 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 (ATF 134 V 109 consid. 4.3), ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (arrêts TF U 305/03 du 31 août 2004).

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. Aux termes de l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants: lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a); lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b); lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c); lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

E. 3

Règles relatives au droit à la rente d'invalidité et au calcul du taux d'invalidité

E. 3.1

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. Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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. 3.2

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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; arrêt TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1 et les références). Est déterminant, lors de la comparaison des revenus, le moment de l'ouverture du droit à la rente (ATF 128 V 174).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 20

E. 3.3

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. L'on ne saurait toutefois 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). 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). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des données statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) établies par l'Office fédéral de la statistique (ci-après: OFS; arrêt TF 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.2 et les références).

E. 3.4

Lorsque le revenu d'invalidité est évalué sur la base des données de l'OFSS, certains empêchements propres à la personne de l'invalidité 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'invalidité 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'invalidité, 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 (arrêt TF I 724/2002 du 10 janvier 2003; ATF 126 V 75). Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25% (arrêt TF 8C_39/2023 du 14 juillet 2023 consid. 4.1.1 et les références).

E. 4

Règles relatives à l'IPAI

E. 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.

E. 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 20 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'IPAI se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (arrêt TF 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les références).

E. 4.3

L'indemnité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202; art. 36 al. 2 OLAA). Celle-ci comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pourcents. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). Par ailleurs, la Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes. Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (arrêt TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.1. et les références).

E. 5

Règles relatives à l'appréciation des preuves

E. 5.1

Selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante, applicable dans le droit 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. 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 (arrêt TF 8C_549/2018 du 22 janvier 2019 consid. 3 et les références).

E. 5.2

Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et es références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et

l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 20

E. 5.3

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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 353 consid. 3b/cc et les références citées; RCC 1988, p. 504 consid. 2).

E. 6

Objet du litige En l'espèce, le litige porte sur le revenu d'invalidité retenu par la SUVA pour fixer la rente, sur la prise en charge du traitement médical après la fixation de la rente, ainsi que sur le montant de l'IPAI. Pour répondre à ces questions, il convient de revenir sur la situation médicale du recourant et son évolution depuis son accident le 30 octobre 2015.

E. 7

Situation personnelle, accident et premières opérations

E. 7.1

Le recourant, né en 1969, sans formation, travaillait en tant qu'ouvrier de la construction. A ce titre, il était assuré auprès de la SUVA.

E. 7.2

Le 30 octobre 2015, alors qu'il se trouvait sur son lieu de travail, il est tombé d'un escalier d'une hauteur d'environ 1.50 mètres, se blessant à la cheville droite. Le diagnostic de fracture multi-fragmentaire du pilon tibial de la jambe droite a été posé (doc. 15). Il a subi plusieurs opérations en lien avec cette fracture en date du 31 octobre 2015 (réduction fermée et mise en place d'un fixateur externe tibio-calcanéen), du 10 novembre 2015 (ablation du matériel d'ostéosynthèse [ci-après: AMO] et ostéosynthèse de la malléole externe et du pilon tibial) et du 17 novembre 2015 (ostéosynthèse du péroné) (doc. 17-19). Des indemnités journalières ont été versées et le paiement des soins médicaux pris en charge jusqu'au 20 juin 2017.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 20 Par décision du 17 juillet 2017, confirmée par décision sur opposition du 20 septembre 2017, la SUVA a refusé l'octroi d'une rente invalidité. Elle a cependant octroyé une IPAI de 10% (doc. 142 et 168). Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours.

E. 8

Rechute et opération du 15 novembre 2017

E. 8.1

Dans le courant de l'automne 2017, l'état de la cheville droite du recourant s'est dégradé.

E. 8.2

En date du 15 novembre 2017, il a subi une nouvelle opération, soit une arthrodèse (= intervention destinée à bloquer une articulation) de l'articulation tibio-astragaliennne et sous-astragaliennne. Il a également subi une AMO partielle de la cheville droite (doc. 197). La SUVA a pris en charge cette opération et a repris le versement des indemnités journalières dès le 15 novembre 2017 (doc. 180 et 725).

E. 8.3

Du 23 novembre 2017 au 7 décembre 2017, le recourant a été hospitalisé en raison d'un choc hémorragique (doc. 207).

E. 8.4

Le 11 mars 2019, un entretien médical a été effectué par la Dre B._____, médecin d'assurance, duquel il ressort que le recourant se déplaçait avec une paire de cannes, la mobilité de la cheville étant de 0° (doc. 363).

E. 8.5

Du 15 mai 2019 au 13 juin 2019, le recourant a été hospitalisé à la Clinique Romande de réadaptation (ci-après: CRR). Le rapport relatif à cette hospitalisation précisait que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Une discordance était constatée entre la perception du handicap fonctionnel ressenti par le recourant et ses capacités fonctionnelles objectivées aux différents tests réalisés (doc. 387).

E. 9

Opération du 6 décembre 2019 et évolution médicale

E. 9.1

Le 6 décembre 2019, le recourant a subi une nouvelle intervention de sa cheville droite (révision de l'arthrodèse avec AMO et nouvelle arthrodèse tibio-talienne) (doc. 446).

E. 9.2

A partir du 5 mars 2020, des séances de physiothérapie avec drainage lymphatique ont été prescrites (doc. 473).

E. 9.3

Le 14 mars 2020, la Dre B._____ indiquait que la situation médicale n'était pas stabilisée. Des traitements étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, de nature à améliorer notablement l'état de santé, notamment les chaussures orthopédiques (doc. 466).

E. 9.4

Dans un rapport du 10 juin 2020, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin traitant, mentionnait que, six mois après l'intervention, le recourant souffrait encore passablement de douleurs et d'une tuméfaction très importante de sa jambe droite.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 20 Il ne pouvait pas se déplacer sans cannes et rencontrait des difficultés majeures à se chausser en raison de la tuméfaction. Du point de vue orthopédique, la poursuite d'un traitement par lympho-drainage régulier intensif et le port de bas de contention étaient proposés pour réduire la tuméfaction et pour permettre par la suite un chaussage orthopédique adapté, qui n'était alors pas encore possible en raison de la tuméfaction. La situation médicale n'était pas encore stabilisée (doc. 478).

E. 9.5

Le 20 juin 2020, la Dre B. _____ indiquait que le pronostic était peu favorable, le retour au travail dans l'ancienne activité n'étant plus envisageable (doc. 482).

E. 9.6

Le 10 septembre 2020, la Dre D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin traitant, relevait que ce dernier nécessitait de manière relativement urgente un chaussage orthopédique, du fait de la présence d'un lymphœdème (doc. 497).

E. 9.7

Le 1er avril 2021, le Dr E. _____, spécialiste en médecine interne générale et angiologie et médecin traitant, posait les diagnostics de lymphœdème secondaire du membre inférieur droit, ainsi que d'œdème chronique du membre inférieur droit avec troubles de cicatrisation. La poursuite du traitement compressif était indispensable à long terme afin de stabiliser et maîtriser la situation lymphatique (doc. 546).

E. 9.8

Le 12 avril 2021, la Dre D. _____ indiquait une très bonne évolution de l'œdème du membre inférieur droit grâce au traitement compressif prescrit en lymphologie (doc. 551).

E. 9.9

Le 1er mai 2021, la Dre B. _____ mentionnait que la prise en charge en lymphologie était en lien de causalité au moins probable avec l'accident. Le traitement avait pour but de permettre une marche chaussée et de supporter une position assise prolongée. Il était trop tôt pour se prononcer sur la capacité de travail résiduelle du recourant (doc. 552).

E. 9.10

Le 6 août 2021, le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, indiquait se trouver dans une situation extrêmement complexe, avec un patient connu pour ses multiples antécédents chirurgicaux. L'antalgie avait été rendue complexe par le passé avec une consommation d'opiacé importante. La problématique principale était celle des douleurs que le recourant n'arrivait absolument pas à calmer. Dans ce contexte, il se trouvait à court de solution chirurgicale et proposait que le recourant soit évalué en antalgie (doc. 569).

E. 9.11

Le 13 septembre 2021, la Dre G. _____, spécialiste en anesthésiologie et médecin traitant, relevait que le recourant était gêné par des douleurs sur la face externe du pied droit, survenant lors de la marche après 10-15 minutes. Il était également gêné par des œdèmes quotidiens qui s'aggravaient au courant de la journée. Au repos, le matin avant le lever, il n'avait aucune douleur. Lors de la marche, toujours aidée par deux béquilles, la douleur s'installait progressivement (doc. 582).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 20

E. 10

Second séjour auprès de la CRR Du 19 octobre 2021 au 3 novembre 2021, le recourant a effectué un second séjour à la CRR.

E. 10.1

Il ressort du rapport relatif à cette hospitalisation que la marche sans moyens auxiliaires n'était pas possible. Elle était effectuée avec deux cannes anglaises et une importante boiterie de décharge du membre inférieur droit. Le recourant portait par ailleurs un bas de contention au niveau du membre inférieur droit toute la journée, ainsi que des chaussures orthopédiques montantes qui permettaient de le soulager un peu. Il disait pouvoir conduire sa voiture mais pas plus d'une demi-heure. Il n'était pas complètement autonome pour ses activités de la vie quotidienne, sa femme l'aidant notamment pour l'habillage, pour mettre et enlever ses bas de contention et pour faire les courses et la cuisine.

E. 10.2

Des diagnostics secondaires ont été posés, notamment état dépressif léger, obésité de grade III et maladie de Dupuytren bilatérale (= rétraction progressive du tissu fibreux situé dans la paume de la main).

E. 10.3

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels influençaient toutefois négativement les aptitudes fonctionnelles, notamment une cotation élevée de la douleur, une focalisation sur la douleur, un catastrophisme élevé, une kinésiophobie légère à modérée et une sous-estimation importante de ses capacités fonctionnelles. En outre, d'autres facteurs pouvaient interférer avec le retour au travail, notamment l'absence de formation, l'absence de contrat de travail, la longue période sans travailler, la mauvaise maîtrise du français, le sentiment exprimé de ne plus pouvoir fournir aucun travail.

E. 10.4

Durant le séjour, le recourant avait effectué un test de port de charge. Il avait mis fin à plusieurs tâches avant que le physiothérapeute n'ait pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger. Par conséquent, les performances réalisées représentaient ce que le recourant avait accepté de faire plutôt que ses aptitudes physiques maximales. Le recourant avait également été vu aux ateliers professionnels où il avait travaillé durant une période de deux heures consécutives et durant laquelle il avait effectué des activités avec un niveau d'effort très léger. Les appuis sur la jambe droite étaient évités et la position de travail debout n'avait pas pu être réalisée. Les déplacements à plat se faisaient avec des cannes et le passage dans les escaliers était non sécuritaire. La position assise était maintenue, mais le recourant déclarait des fourmis dans le pied après 20 minutes. La

capacité de préhension globale des deux mains était limitée en raison d'une position en crochet et avec peu de mobilité des doigts due à une maladie de Dupuytren.

E. 10.5

Les observations n'étant que le reflet du niveau d'effort auquel le recourant avait bien voulu consentir, les limitations fonctionnelles suivantes étaient retenues en se basant sur les lésions organiques objectivables: port de charges supérieures à 5 kg, port de charges répété, marche sans moyens auxiliaires, marche prolongée, marche en terrain irrégulier, position accroupie ou à genoux, réalisation répétée des escaliers, utilisation d'échelle, maintien de la position debout statique prolongée.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 20

E. 10.6

La poursuite d'un traitement de physiothérapie pouvait permettre d'améliorer la qualité de la marche, l'endurance à la marche, l'adhérence de la cicatrice du pied droit et les douleurs du pied droit, cependant, sans que cela influence les limitations fonctionnelles retenues. Aucune nouvelle intervention chirurgicale n'était proposée.

E. 10.7

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus était théoriquement favorable mais les facteurs personnels et contextuels pouvaient interférer avec le retour au travail (doc. 593).

E. 11

Evolution médicale et décisions de la SUVA

E. 11.1

Dans son appréciation médicale du 12 janvier 2022, la Dre B. _____, médecin d'assurance, considérait que sur la base des documents médicaux à disposition, la situation médicale était stabilisée. La capacité de travail dans l'ancienne activité était de 0%. Cependant, dans un travail adapté respectant les limitations retenues par les médecins de la CRR, la capacité de travail était de 100%. S'agissant de l'IPAI, en se basant sur la table 5 des barèmes d'indemnisation pour une arthrodèse patellaire, elle estimait le taux d'atteinte total du recourant à 20% (doc. 603).

E. 11.2

A partir de mars 2022, des séances intensives de physiothérapie décongestive complexe par drainage lymphatique et bandages multi-composants, ainsi que des bas de compression ont été prescrits (doc. 656 et 660).

E. 11.3

Le 9 février 2022, le Dr C. _____ indiquait avoir vu le recourant en consultation le 26 janvier 2022. Ce dernier marchait toujours avec deux cannes anglaises et se plaignait de douleurs importantes à la charge, lesquelles avait légèrement été améliorées par la mise en place du chaussage orthopédique et par le port de bas de compression. Il pouvait éventuellement retravailler dans un poste adapté à ses limitations fonctionnelles. Il fallait néanmoins prendre en considération les facteurs aggravant la possibilité de reprise sur un tel poste, notamment le périmètre de marche très limité, la dépendance aux deux cannes, la raideur importante de l'arrière-pied et le lymphœdème chronique nécessitant un chaussage

orthopédique sur-mesure. Le recourant dépendait également de l'aide d'une personne le matin pour la mise en place des bas de contention et des chaussures au vu de l'atteinte des deux membres supérieurs (maladie de Dupuytren) (doc. 613).

E. 11.4

Le 11 mai 2022, le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, indiquait que, du fait de son lymphœdème chronique, le recourant devait s'astreindre au port de bas de compression. La mise de ces bas était très difficile, d'autant plus puisqu'il était très corpulent. Il requérait l'aide des soins à domicile (doc. 632).

E. 11.5

Par correspondance du 18 mai 2022, la SUVA relevait que la situation sur le plan médical pouvait être considérée comme stabilisée et que, par conséquent, elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2022.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 20 Elle continuerait toutefois à prendre en charge les contrôles médicaux encore nécessaires. Les limitations fonctionnelles retenues étaient celles posées par la médecin d'assurance (doc. 671).

E. 11.6

Le 8 août 2022, le Dr C. _____ relevait que le recourant présentait un diagnostic d'arthrose post-traumatique de l'articulation sous-talienne droite avec des douleurs invalidantes à la charge, malgré la marche avec deux cannes anglaises et un chaussage orthopédique en place. Les douleurs s'amélioraient au repos ce qui traduisait une probable origine mécanique plutôt qu'inflammatoire ou neuropathique. Il existait une indication chirurgicale relative à une arthrodèse sous-talienne. Cette intervention présentait toutefois un risque de complications important devant les antécédents du patient au niveau de son membre inférieur droit, notamment sous forme de péjoration du lymphœdème chronique et d'un important risque d'infection, ainsi qu'un risque de persistance ou péjoration de douleurs d'origine extra-articulaire. Le recourant lui-même était très réticent et ne voulait pas subir une nouvelle chirurgie. La situation orthopédique était donc stabilisée, avec toutefois des séquelles. Le recourant n'était évidemment pas capable de retravailler dans son ancien métier de maçon (doc. 666).

E. 11.7

Dans un rapport du 19 septembre 2022 rédigé en allemand, le Dr I. _____, médecin d'assurance, indiquait, sur la base de l'avis du Dr C. _____, que la situation médicale était stabilisée et que d'autres traitements supplémentaires ne permettraient pas d'améliorer l'état de santé. Des traitements contre la douleur, appuyés par environ 3 séries de physiothérapie par année, étaient toutefois encore nécessaires. Sur la base du dossier médical, un travail incluant des activités en terrain escarpé, sur des échelles ou des échafaudages était a priori exclu (doc. 678).

E. 11.8

Par décision du 3 novembre 2022, la SUVA a nié le droit à une rente d'invalidité et a accordé une IPAI supplémentaire de 10%, portant ainsi l'IPAI totale à 20% (doc. 689). Le recourant était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'économie, sans port répété de charges de plus de 5 kg, sans marche prolongée ni en terrain irrégulier, sans position accroupie ou à genou, sans utilisation répétée d'escaliers, sans utilisation

d'échelles, sans maintien de la position statique prolongée. En tenant compte d'une réduction de 5% pour les limitations fonctionnelles et en comparant le revenu d'invalidé avec celui sans invalidité, il résultait une perte de 8%, n'ouvrant pas droit à une rente d'invalidité. Le recourant a formé opposition contre cette décision le 5 décembre 2022 (doc. 709).

E. 11.9

Selon le rapport médical intermédiaire du 5 février 2023 du Dr H. _____, le recourant ne pouvait plus marcher sans cannes. En outre, la maladie de Dupuytren s'aggravait du fait de l'utilisation constante des cannes anglaises. Le recourant ne pouvait plus que travailler en position assise (doc. 717).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 20

E. 11.10

Le 27 mars 2023, 9 séances de physiothérapie par drainage lymphatique et des bas de compression ont à nouveau été prescrits (doc. 730).

E. 11.11

Par correspondance du 31 mars 2023, la SUVA indiquait qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation des mesures thérapeutiques une sensible amélioration de l'état de santé. Etant donné que le recourant n'avait droit à aucune rente d'invalidité, la prise en charge des mesures thérapeutiques supplémentaires au sens de l'art. 21 al. 1 LAA était exclue. Elle informait cependant le recourant qu'elle était disposée à faire un geste en sa faveur en remboursant les prestations suivantes, sans qu'il en résulte une obligation juridique pour des cas analogues ultérieurs: 3 séries de 9 séances de physiothérapie par an, médicaments contre la douleur soutenue et contrôles médicaux nécessaires de façon ponctuelle (doc. 729).

E. 11.12

Dans un rapport du 13 avril 2023, la Dre J. _____, spécialiste en médecine vasculaire et médecin traitante, indiquait que le recourant portait un bas de compression, qui permettait de stabiliser la situation. Sans port de compression, une augmentation rapide du volume était constatée. Le bilan angiologique montrait une persistance d'un œdème du membre inférieur droit avec une amélioration depuis 2022. La reprise du traitement intensif avec l'application de bandages compressifs afin de réduire l'œdème était préconisée, celui-ci étant indispensable à long terme afin de stabiliser et maîtriser la situation lymphatique. La compression devait être portée la journée. Le recourant avait besoin d'aide pour la mise en place et pour ôter la compression (doc. 730).

E. 11.13

Par décision sur opposition du 15 mai 2023, la SUVA a admis partiellement l'opposition du recourant. Elle a considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé, si bien que la fin du service des indemnités journalières et du traitement médical au 30 juin 2022 devait être confirmée. En outre, le recourant disposait d'une capacité de travail entière sans baisse de rendement dans une activité adaptée. Les séquelles de l'accident du 30 octobre 2015 justifiaient toutefois de porter l'abattement à 10%. Dès lors, la comparaison entre le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidé après abattement de 10% laissait subsister un degré d'invalidité de 14.10%, arrondi à 14%. Un droit à la rente d'invalidité de 14% devait dès lors être reconnu dès le 1er juillet 2022 (doc. 738).

E. 12

Evolution médicale et rapports postérieurs à la décision sur opposition du 15 mai 2023

E. 12.1

S'agissant des faits et rapports postérieurs à la décision querellée, il est d'emblée relevé que le juge doit les prendre en compte uniquement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). Il sera dès lors fait état ci-après uniquement des rapports permettant de tirer des conclusions sur la situation antérieure au 15 mai 2023, date de la décision querellée.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 20

E. 12.2

Dans une appréciation du 20 juin 2023, le Dr K._____, médecin d'assurance, mentionnait que les traitements en cours étaient nécessaires pour conserver la capacité de gain. Les bas de contention étaient indispensables pour contrôler l'œdème du membre inférieur. Ils devaient être portés en permanence pendant la journée et nécessitaient de l'aide pour les enfiler (doc. 750).

E. 12.3

Par correspondance du 6 décembre 2023, la SUVA a reconnu le droit du recourant, sur la base de l'art. 21 al. 1 let. c LAA, aux prestations suivantes: chaussures orthopédiques (une paire tous les deux ans), bas de contention, médicaments contre la douleur, 3 séries de 9 séances de physiothérapie par an, contrôles médicaux nécessaires de façon ponctuelle.

E. 12.4

Le 25 janvier 2024, le recourant a subi une nouvelle intervention, sous la forme d'une AMO de la cheville droite.

E. 12.5

Par correspondance du 21 mars 2024, la SUVA a confirmé le paiement des prestations d'assurance en lien avec cette opération, à titre de rechute de l'accident du 30 octobre 2015.

E. 12.6

Le 4 juillet 2024, le Dr C._____ indiquait qu'il existait un lymphœdème qui était difficilement canalisable et qui nécessitait de nombreuses séances de drainages lymphatiques ainsi qu'une chaussette de compression. Sur le plan orthopédique, la situation était stabilisée dans la médiocrité avec persistance d'un équin et d'une symptomatologie douloureuse importante. On parlait d'état stabilisé car il était beaucoup trop risqué pour le recourant d'envisager une correction de la position étant donné l'état des tissus mous.

E. 13

Procédure relative au droit à l'allocation pour impotent Le 10 octobre 2022, le recourant a adressé à l'OAI une demande d'allocation pour impotent. Cette requête a été transmise à la SUVA. Par décision sur opposition du 13 janvier 2023, la SUVA a décidé que les conditions requises pour qu'une impotence soit reconnue n'étaient pas remplies (doc. 712). Contre cette décision, le recourant a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal. La procédure y relative y est actuellement toujours pendante (605 2023 179).

E. 14

Discussion concernant le revenu d'invalidé et l'abattement retenus

E. 14.1

Dans un premier temps, le recourant relève que la SUVA, notamment dans sa décision du 3 novembre 2022, n'a pas tenu compte de toutes les limitations fonctionnelles mentionnées par les différents intervenants, notamment s'agissant de l'impossibilité de se déplacer sans cannes, de sorte que le montant du revenu d'invalidé retenu est manifestement excessif eu égard à l'ensemble des circonstances.

E. 14.2

Dans la décision du 3 novembre 2022, la SUVA n'a effectivement pas mentionné la marche sans moyens auxiliaires comme limitation fonctionnelle.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 20 Cela étant, dans son courrier du 18 mai 2022 précédant la décision précitée, la SUVA avait indiqué la marche sans moyens auxiliaires à titre de limitation fonctionnelle. En outre, dans la décision sur opposition du 15 mai 2023, elle a indiqué s'être fondée sur l'appréciation des médecins d'assurance, des médecins de la CRR et des médecins traitants du recourant, lesquels s'accordaient tous à dire que ce dernier ne pouvait plus se déplacer sans cannes. Ainsi, si la SUVA, dans sa décision du 3 novembre 2022, n'a fait aucune référence à la marche sans moyens auxiliaires comme limitation fonctionnelle, il ne peut s'agir que d'un oubli de sa part, ne portant aucunement à conséquence. Cette dernière a en effet admis dans la décision querellée que le recourant ne pouvait plus se déplacer sans cannes. Il y a ainsi lieu de retenir que les limitations fonctionnelles sont bien celles posées par les médecins de la CRR à l'issue du second séjour du recourant, lesquelles ont été reprises par les médecins d'assurance et, pour l'essentiel, également par les médecins traitants.

E. 14.3

Cela étant, il reste à déterminer si, au vu de ces limitations, le revenu d'invalidé tel que défini par la SUVA est manifestement excessif, ce que soutient le recourant. A ce titre, il est relevé que, pour fixer le revenu d'invalidé, la SUVA s'est fondée sur le niveau de compétence 1 de l'ESS, soit le niveau le plus bas qui offre un large choix d'activités et concerne des activités simples et répétitives qui ne nécessitent ni formation, ni expérience professionnelle. Ainsi, ce niveau offre des possibilités de travail suffisamment concrétisées, puisqu'entrent en considération des activités légères, notamment des travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production, ainsi que l'activité de surveillant de musée ou de parking (voir notamment arrêts TF 8C_134/2020 du 29 avril 2020 consid. 4.5; 8C_695/2015 du 19 novembre 2015 consid. 4.2). Dans ces circonstances, même si les limitations présentes chez le recourant excluent les travaux lourds nécessitant des déplacements, on ne voit pas en quoi elles restreindraient de manière significative les activités légères en position assise.

E. 14.4

Les médecins traitants vont d'ailleurs également de ce sens, le Dr H. _____ précisant que le recourant pouvait travailler en position assise (ci-avant: consid. 11.9) et le Dr C. _____ étant d'avis qu'il pouvait retravailler dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles (ci-avant: consid. 11.3). Par ailleurs, on notera la présence chez le recourant d'une certaine tendance à s'autolimiter, ses plaintes n'étant pas le reflet de ses capacités

objectivement constatées par les spécialistes. Les médecins de la CRR avaient en effet relevé, en automne 2021, que leurs observations n'étaient que le reflet du niveau d'effort auquel le recourant avait bien voulu consentir, celui-ci ayant mis fin à plusieurs tâches par lui-même, sans que les médecins aient pu observer des signes physiques d'un effort maximal sans danger.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 20 Une discordance entre la perception du handicap fonctionnel ressenti par le recourant et ses capacités fonctionnelles objectives avait d'ailleurs déjà été observée lors du premier séjour du recourant à la CRR, en 2019. Cette autolimitation, de même que les autres facteurs extra-médicaux mentionnés par les médecins pouvant interférer avec le retour au travail, notamment la longue période sans travailler ou le sentiment exprimé de ne plus pouvoir fournir aucun travail, n'ont pas à être supportés par la SUVA. A ce titre, il est également rappelé que, d'après la jurisprudence, il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain, au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises. Restent ainsi exigibles une activité ou un poste de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites « de niche » (arrêt TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références). Compte tenu de ce qui précède, il y a dès lors lieu d'admettre qu'un nombre suffisant d'activités, que recouvrent les secteurs de la production et des services, correspondent à des travaux respectant les limitations fonctionnelles objectives du recourant.

E. 14.5

Dans un deuxième temps, s'agissant du revenu d'invalidé, le recourant considère que la SUVA aurait dû tenir compte des descriptions de postes de travail (ci-après: DPT) pour déterminer le revenu d'invalidé en lieu et place des données statistiques de l'ESS. Sur cette question, la SUVA a expliqué ne plus avoir recours à la méthode des DPT depuis le 1er janvier 2019. Par conséquent, elle était dans l'impossibilité de verser au dossier des DPT pour l'année 2022, raison pour laquelle elle s'est appuyée sur les valeurs statistiques de l'ESS. Dans ces circonstances, on ne peut lui reprocher d'avoir eu recours aux salaires statistiques de l'ESS (voir notamment arrêt TF 8C_171/2021 du 14 décembre 2021 consid. 3.3 et 4.3 et les références). Pour le surplus, le recourant ne démontre pas en quoi les données ESS seraient particulièrement inadaptées au cas d'espèce, ce d'autant plus que ces valeurs sont mises à jour tous les deux ans et prennent en compte la branche économique, la taille de l'entreprise, mais aussi les caractéristiques individuelles des salariés et des postes de travail (Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) – fiche signalétique, publiée le 28 mars 2024 par l'OFS). La jurisprudence admet d'ailleurs, de manière constante, que les données statistiques de l'ESS sont utilisées pour l'évaluation de l'invalidité lorsque la personne assurée n'exerce plus d'activité, comme c'est le cas en l'espèce (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les arrêts cités).

E. 14.6

Dans un troisième temps, s'agissant du taux d'abattement retenu par la SUVA pour déterminer le revenu d'invalidé, soit 10%, le recourant indique que celui-ci est inadapté puisqu'il ne prend pas en considération certains éléments. En particulier, il soutient que la SUVA aurait dû prendre en compte son âge avancé, ses nombreuses limitations

fonctionnelles importantes, sa maladie de Dupuytren, le fait qu'il est sans formation et qu'il n'a pas retravaillé ces 8 dernières années, le fait qu'il maîtrise mal la langue française, ainsi Tribunal cantonal TC Page 17 de 20 que le fait qu'il doit suivre un traitement intensif régulier de physiothérapie et de drainage, de sorte qu'il devra vraisemblablement s'absenter plusieurs fois de son travail. Pour toutes ces raisons, il indique qu'un taux d'abattement de 25% est justifié.

E. 14.7

Pour fixer le revenu d'invalidé, la SUVA s'est fondée sur le niveau de compétence 1 de l'ESS, qui s'applique aux assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est suffisamment représentatif, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière. Sous cet angle, il n'apparaît dès lors pas que, de manière générale, l'âge du recourant, la mauvaise maîtrise de la langue, son manque d'expérience ou de formation soient susceptibles, eu égard de la nature des activités encore exigibles, de réduire ses perspectives salariales (voir notamment arrêts TF 9C_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.3 et les références; 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 8.6 et les références). Il en va de même s'agissant des limitations fonctionnelles, puisqu'un nombre suffisant d'activités correspond à des travaux respectant les limitations fonctionnelles du recourant, de sorte qu'une déduction supplémentaire sur le salaire statistique ne se justifie pas (voir notamment arrêt TF 8C_716/2021 du 12 octobre 2022 consid. 6 et les références).

E. 14.8

S'agissant en particulier de l'âge du recourant, soit 54 ans au moment de la décision querellée, ce dernier ne démontre pas en quoi ses perspectives salariales seraient concrètement réduites sur le marché du travail équilibré, ce d'autant plus que son âge est relativement éloigné de celui de la retraite. L'âge d'un assuré ne constitue en effet pas en soi un facteur de réduction du salaire statistique, de sorte qu'il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement (ATF 148 V 419 consid. 8.2).

E. 14.9

Finalement, concernant de la maladie de Dupuytren dont souffre le recourant, ses conséquences n'ont pas à être supportées par la SUVA, celles-ci n'étant pas en lien de causalité avec l'accident du 30 octobre 2015. Au vu de ce qui précède, un abattement de 10% prend donc suffisamment en considération les circonstances personnelles et professionnelles du recourant. A ce titre, il est rappelé que l'administration jouit d'un large pouvoir d'appréciation, si bien que le juge ne peut s'en écarter sans motif pertinent. Par conséquent, il n'y a pas lieu de revenir sur ce taux.

E. 15

Discussion s'agissant de la prise en charge du traitement médical

E. 15.1

En l'espèce, le recourant ne conteste pas le fait que son état de santé se soit stabilisé et que, dès lors, le droit à la rente est ouvert. Il soutient toutefois que les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA sont remplies et que, par conséquent, il a droit au maintien des prestations pour soins et remboursement de frais au-delà du 30 juin 2022, soit le paiement des séances de physiothérapie, des séances de drainage, des suivis et

Tribunal cantonal TC Page 18 de 20 consultations auprès de spécialistes, des chaussures orthopédiques, des cannes, des bas de compression, des médicaments et de tout autre traitement en lien avec l'accident. Pour sa part, la SUVA mentionne que le droit à la prise en charge du traitement médical selon l'art. 21 LAA n'a pas fait l'objet de la décision litigieuse, laquelle était circonscrite à l'examen du droit à la rente. Selon elle, le grief du recourant n'a ainsi pas à être examiné dans le cadre du présent recours.

E. 15.2

En l'espèce, par correspondance du 18 mai 2022, la SUVA a indiqué mettre fin au paiement des soins médicaux avec effet au 30 juin 2022. Par courrier du 31 mars 2023, elle a précisé qu'en raison du fait qu'il n'avait droit à aucune rente, la prise en charge des traitements selon l'art. 21 al. 1 LAA n'était pas possible. Par ailleurs, dans la décision querellée, elle a expressément indiqué que la fin du service des indemnités journalières et du traitement médical au 30 juin 2022 devait être confirmé (décision let. b p. 10). Dans ces circonstances et contrairement à ce que soutient la SUVA, la question de la prise en charge du traitement médical au-delà du 30 juin 2022 a fait l'objet de la décision querellée, si bien que le grief y relatif doit être examiné dans le cadre du présent recours.

E. 15.3

Cela étant, il convient de relever que, dans un premier temps, la SUVA s'est acquittée des factures concernant les séances de physiothérapie et des frais pharmaceutiques au-delà du 30 juin 2022, sans toutefois reconnaître un droit formel au recourant. Par la suite, suivant l'avis de son médecin conseil, la SUVA a, par correspondance du 6 décembre 2023, reconnu formellement le droit au recourant, sur la base de l'art. 21 al. 1 let. c LAA, aux traitements médicaux permettant de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, soit des chaussures orthopédiques (une paire tous les deux ans), des bas de contention, des médicaments contre la douleur, 3 séries de 9 séances de physiothérapie par an, ainsi que les contrôles médicaux nécessaires de façon ponctuelle. S'agissant des cannes anglaises, la SUVA ne les a pas mentionnées dans la correspondance précitée. Toutefois, il ressort du dossier qu'elle en avait déjà pris en charge le paiement avant le 1er juillet 2022 (doc. 401 et 479). Ainsi, il y a lieu d'admettre que la SUVA a fait droit aux conclusions du recourant. Le recours doit dès lors être admis sur ce point, dans la mesure où il n'est pas devenu sans objet. La décision querellée doit par conséquent être modifiée en ce sens que le recourant se voit reconnaître le droit aux prestations pour soins et remboursement de frais au-delà du 30 juin 2022, soit des chaussures orthopédiques (une paire tous les deux ans), des bas de contention, des médicaments contre la douleur, 3 séries de 9 séances de physiothérapie par an, ainsi que des contrôles médicaux nécessaires de façon ponctuelle.

Tribunal cantonal TC Page 19 de 20

E. 16

Discussion relative au montant de l'IPAI Finalement, le recourant soutient que l'IPAI supplémentaire de 10% allouée par la SUVA est insuffisante. Selon lui, au vu de son état de

santé et des limitations fonctionnelles lourdes, une IPAI de 40% au moins aurait dû être retenue. En l'espèce, pour fixer le montant de l'IPAI, la SUVA s'est fondée sur l'appréciation de la médecin d'assurance, qui s'est elle-même basée sur la table 5 des barèmes d'indemnisation pour une arthrodèse patellaire de toute la cheville, correspondant à un taux de 20%. Dans son recours, le recourant n'apporte aucun élément propre à remettre en doute l'avis de la médecin d'assurance et le taux retenu, ce d'autant plus au vu du fait que les tables d'indemnisation de la SUVA sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA et ont pour but d'assurer l'égalité de traitement entre les assurés, l'indemnité étant exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de revenir sur le taux de l'IPAI supplémentaire retenu.

E. 17

Synthèse, frais de procédure et dépens

E. 17.1

Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que le recours est partiellement admis. Partant, la décision sur opposition du 15 mai 2023 est modifiée en ce sens que le recourant se voit reconnaître le droit aux prestations pour soins et remboursement de frais au-delà du 30 juin 2022, soit des chaussures orthopédiques (une paire tous les deux ans), des bas de contention, des médicaments contre la douleur, 3 séries de 9 séances de physiothérapie par an, ainsi que des contrôles médicaux nécessaires de façon ponctuelle. Pour le surplus, le recours est rejeté, dans le sens de ce qui précède.

E. 17.2

En application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de procédure.

E. 17.3

Par ailleurs, compte tenu de l'admission partielle du recours, le recourant a droit à une indemnité de partie, laquelle doit toutefois être réduite en proportion (art. 138 al. 2 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et juridiction administrative [CPJA; RSF 150.1]), soit en l'espèce à un tiers. Le mandataire du recourant a produit sa liste de frais le 24 juin 2024 faisant état d'un montant total de CHF 4'113.00, à savoir CHF 3'587.50 au titre d'honoraires (14 heures 21 minutes à CHF 250.-), CHF 229.50 de débours et CHF 296.- de TVA (CHF 253.50 à 7.7% et CHF 42.50 à 8.1%). L'indemnité de partie réduite pour le recourant (1/3) est dès lors arrêtée à CHF 1'370.95 (honoraires de CHF 1'195.85, débours par CHF 76.50 et TVA de CHF 98.65 (CHF 84.50 à 7.7% et CHF 14.15 à CHF 8.1%). Celle-ci est mise à la charge de la SUVA.

Tribunal cantonal TC Page 20 de 20 la Cour arrête : I. Le recours est partiellement admis. Partant, la décision sur opposition du 15 mai 2023 est modifiée en ce sens que le recourant se voit reconnaître le droit aux prestations pour soins et remboursement de frais au-delà du 30 juin 2022, à savoir des chaussures orthopédiques (une paire tous les deux ans), des bas de contention, des médicaments contre la douleur, 3 séries de 9 séances de physiothérapie par an, ainsi que des contrôles médicaux nécessaires de façon ponctuelle. Elle est confirmée pour le surplus. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure. III. Une indemnité de partie réduite de CHF 1'370.95 (dont CHF 84.50 de TVA au taux de 7.7% et CHF 14.15 de TVA au taux de 8.1%) est allouée au recourant. Elle est mise à la charge de la SUVA. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal

fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession 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 14 octobre 2024/anm Le Président La Greffière

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