

FR_GERICHTE 605 2024 28 vom 21. Mai 2025

FR Kantonsgericht, 2025-05-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2024_28

FR: FR_GERICHTE 605 2024 28 du 21 mai 2025

IT: FR_GERICHTE 605 2024 28 del 21 maggio 2025

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Recevabilité Interjeté en temps utile compte tenu des fêtes de fin d'année et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

E. 2

Prestations LAA En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 18 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. 2.1.1

L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 de la loi fédérale du

E. 2.1.2

Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme ; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Selon la jurisprudence, l'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective et non sur la base de constatations rétrospectives (arrêt TF 8C_418/2023 du 29 mai 2024 consid. 3.2 et

les arrêts cités). 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. 2.2

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose tout d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de

Tribunal cantonal TC Page 5 de 18 l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b, 117 V 369 consid. 3a, 117 V 359 consid. 5a). Savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1). En particulier, le principe « après l'accident, donc à cause de l'accident » (« post hoc, ergo propter hoc ») ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (arrêt TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et les références).

E. 2.3

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; 125 V

456 consid. 5a et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références). 3. Droit aux prestations en cas de rechute ou de séquelles tardives 3.1. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. En vertu de l'art. 11, 1ère phrase, de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202), les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives (arrêt TF 8C_458/2022 du 29 mars 2023 consid. 3.1.1 et les références citées). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ibidem). 3.2. La clôture d'un cas au moyen d'une décision de suppression de toutes les prestations est, dans le domaine de l'assurance-accidents également, subordonnée à l'adaptation de la décision aux changements – en relation avec l'accident – survenus dans les circonstances.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 18 En effet, même si le cas d'un assuré a été liquidé par une décision de refus de prestations entrée en force, celui-ci peut toujours invoquer la survenance d'une modification dans les circonstances de fait à l'origine de sa demande de prestations (cf. RAMA 1994 n° U 189 p. 138). Alors que dans le domaine de l'assurance-invalidité, cette situation est réglée par le biais de la nouvelle demande de prestations, l'assurance-accidents prévoit la possibilité pour l'assuré d'annoncer en tout temps une rechute ou des suites tardives d'un accident assuré ayant fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et de prétendre à nouveau à des prestations de l'assurance-accidents (arrêt TF 8C_207/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.1). 3.3. En cas de rechute ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (cf. arrêt TF 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 4.2). Plus spécifiquement, les atteintes à la santé ultérieures à un dommage causé par un événement accidentel ne sont prises en charge par l'assurance-accidents qu'en présence de « symptômes de pont » (« Brückensymptome ») clairs (arrêt TF 8C_589/2017 du 21 février 2018 consid. 3.2.2 et la référence citée), c'est-à-dire de signes (symptômes ou plaintes) du patient permettant d'opérer un lien (« pont ») entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé qui survient longtemps après (arrêt TF 4A_328/2018 du 27 août 2019 consid. 5.2.2 et les références citées). 4. Indemnité pour atteinte à l'intégrité 4.1. Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA). D'après l'art. 25 LAA, l'IPAI est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à

l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). 4.2. L'IPAI a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). 4.3. L'IPAI se fixe en même temps que la rente d'invalidité ou, lorsqu'il n'existe aucun droit à une rente, à la fin du traitement médical. L'art. 24 al. 2 LAA prescrit non seulement quand l'assureur-accidents doit rendre une décision sur une IPAI, mais fixe également le moment déterminant pour

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 examiner les conditions matérielles d'octroi d'une telle indemnité. Dès lors que l'IPAI sert de compensation à un dommage de durée, un droit à son octroi ne peut être jugé que lorsque l'état de santé de l'assuré a été stabilisé et qu'aucune amélioration ne peut être attendue par des mesures médicales. Si le point de départ du droit matériel relatif à une IPAI dépend d'un éventuel droit à la rente, il est logique qu'il faille statuer dans un premier temps sur un droit à la rente (arrêt TF 8C_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 4.2 et les références). Par ailleurs, aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. S'il y a lieu de tenir équitablement compte d'une aggravation prévisible de l'atteinte lors de la fixation du taux de l'indemnité, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et - cumulativement - l'importance quantifiable. Le taux d'une atteinte à l'intégrité dont l'aggravation est prévisible au sens de l'art. 36 al. 4 OLAA doit être fixé sur la base de constatations médicales (arrêt TF 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.3 et les arrêts cités). 5. Instruction de la demande et degré de la preuve 5.1. En vertu de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Selon le principe de la libre appréciation des preuves – consacré également à l'art. 61 let. c LPGA selon lequel le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige, administre les preuves nécessaires et les apprécie librement –, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves (arrêt TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4 et les références citées). Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément

déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351). 5.2. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision 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 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

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18 probables. Il n'existe 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 (arrêts TF 9C_298/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.2; 8C_260/2019 du 23 juin 2020 consid. 3.2; et les références citées). 5.3. 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). En cas de rechute ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêts TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3; 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 4.2; et les références citées). 5.4. S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à 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). Enfin, le simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une présomption à l'égard de l'assuré. Ainsi, le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Cela étant, dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes, même faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se

fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). En effet, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part

Tribunal cantonal TC Page 9 de 18 sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, le juge doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

E. 6

Question litigieuse Est principalement litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'état de santé du recourant a subi une aggravation, annoncée en tant que rechute le 28 décembre 2022, par rapport à la situation qui prévalait au 30 avril 2020, date à laquelle la SUVA avait mis un terme aux prestations LAA au motif que le cas était stabilisé. On rappellera à cet égard que la stabilisation du cas au 30 avril 2020 avait été confirmée par la Cour de céans par arrêt du 23 août 2021, entré en force. Cette question implique de savoir si l'état de santé du recourant et sa capacité de travail résiduelle se sont effectivement détériorés et, le cas échéant, si cette détérioration est en lien de causalité avec l'accident du 13 février 2018, de sorte à justifier la reprise du versement d'indemnités journalières et du traitement médical, comme le demande le recourant.

E. 7

Rappel historique du dossier (résumé de l'arrêt TC FR 605 2020 194 et 195 du 23 août 2021)

E. 7.1

Accident du 13 février 2018 et première opération (avril 2018) Le 13 février 2018, A._____, alors âgé de 54 ans, qui travaillait comme manoeuvre à 100%, s'est blessé en déplaçant un panneau de coffrage qui lui est tombé sur le genou gauche (dossier SUVA, pièces 1 et 15). Une IRM du genou gauche du 23 février 2018 a révélé une « déchirure de la partie intermédiaire et de la corne postérieure du ménisque » au niveau du compartiment interne, les compartiments fémoropatellaire et externe étant quant à eux « sans problème » (dossier SUVA, pièce 12). Une opération a été réalisée le 11 avril 2018 par le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (« méniscectomie interne partielle, toilette méniscale externe par arthroscopie du genou gauche » ; dossier SUVA, pièce 14).

E. 7.2

Premier séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) (été 2018) et évolution L'assuré a séjourné à la CRR du 10 juillet au 8 août 2018, où il a bénéficié de thérapies physiques et fonctionnelles. Le rapport du 20 août 2018 mentionne les diagnostics de « traumatisme avec écrasement du genou G ; déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et dégénérescence modérée du ménisque externe du genou G », avec « arthrose débutante du compartiment fémoro- tibial interne de genou des 2 genoux »,

bilatérale et pratiquement symétrique. En revanche, la présence d'une atteinte neuropathique a été écartée (dossier SUVA, pièce 42). Les médecins de la CRR ont souligné un comportement douloureux marqué, sans réelle amélioration à l'issue du séjour, de nombreuses auto-limitations, ainsi que l'inefficacité des médicaments antalgiques, et ont relevé la présence de facteurs contextuels jouant un rôle important

Tribunal cantonal TC Page 10 de 18 dans les plaintes et limitations. Dans ce contexte, une allodynie du genou gauche a également été mentionnée (dossier SUVA, pièce 42).

E. 7.3

Opération du 27 septembre 2019 et second séjour à la CRR (janvier 2020) Face à la persistance des douleurs, l'assuré a été réopéré le 27 septembre 2019 par le Dr C. _____ (« ménisectomie interne et toilette méniscale externe par arthroscopie du genou gauche » ; dossier SUVA, pièce 200). Cette reprise chirurgicale n'a toutefois apporté aucune amélioration. L'assuré a ensuite bénéficié d'un second séjour à la CRR du 8 au 28 janvier 2020. Les diagnostics retenus à sa sortie étaient des « gonalgies chroniques après traumatisme du genou avec déchirure de la corne postérieure du ménisque interne » (diagnostic principal), accompagnées notamment de « gonarthrose bilatérale, symptomatique à G », de « lésions dégénératives du bord libre de la corne postérieure du ménisque externe du genou gauche » et d'un « probable névrome de Morton » du pied gauche (diagnostics secondaires ; rapport du 6 février 2020, dossier SUVA, pièce 227). Les médecins de la CRR ont considéré que « les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées » et les facteurs contextuels défavorables ont à nouveau été soulignés (« Monsieur a une forte sous-estimation de ses propres capacités fonctionnelles, hors de proposition avec les constatations médicales objectives (inférieur à un niveau fonctionnel léger et sédentaire, majoritairement assis). Focalisation sur la douleur. Il présente une kinésiophobie modérée à sévère ainsi que de nombreux scénarios catastrophes. Monsieur décrit également une symptomatologie anxio-dépressive sans que cela ne prenne la forme d'un trouble avéré. Du point de vue social, situation précaire aussi : il ne maîtrise pas la langue française, n'a pas de formation certifiante et n'a que peu travaillé en Suisse avant son accident » ; dossier SUVA, pièce 227). Au vu de l'absence d'amélioration apportée par les traitements d'ergothérapie et de physiothérapie ainsi que du faible impact du traitement antalgique, les médecins n'ont retenu aucune indication à la mise en place d'une prothèse du genou ni à aucune autre intervention ou nouveau traitement, afin « d'éviter une escalade médicamenteuse ». Ils ont ainsi considéré que la situation était en cours de stabilisation du point de vue médical. Sur le plan de la capacité de travail, ils ont confirmé l'inexigibilité de l'ancienne activité de maçon mais ont formulé un pronostic favorable pour une réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (« positions debout prolongées, marche prolongée, marche en terrain irrégulier, positions contraintes pour les genoux accroupies et à genoux, réalisation répétée d'escaliers, utilisation répétée d'échelles, travail en positions accroupies et à genoux. Le port de port de charges au-delà de 10-15 kg (...), pas de port de charge envisageable en déplacement actuellement (cannes) »). Ils ont toutefois précisé que ce pronostic était limité en raison des facteurs contextuels défavorables précités (dossier SUVA, pièce 227).

E. 7.4

Autres éléments médicaux Dans un rapport du 19 février 2020, le Dr C. _____ a fait part de la fin de sa prise en charge : « la lésion neurologique est probablement un névrome de Morton, d'ailleurs déjà suspecté voire mis en évidence lors de son séjour au centre de rééducation de la SUVA. Dans ce contexte, je ne pense

Tribunal cantonal TC Page 11 de 18 pas qu'il soit opportun que je continue à traiter Monsieur qui est persuadé que j'ai manqué les interventions chirurgicales » (dossier SUVA, pièce 248). Le 24 mars 2020, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'assurance de la SUVA, a retenu les diagnostics de « status après ménissectomie interne du genou G avec gonalgies persistantes » et « gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante ». Compte tenu des constatations faites lors du second séjour à la CRR, il a estimé que la situation était actuellement stabilisée et a considéré qu'une pleine capacité de travail (horaire et rendement) était exigible dans une activité respectant les limitations fonctionnelles définies par les médecins de la CRR (dossier SUVA, pièce 237). S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, ce médecin a proposé une IPAI fondée sur un taux de 7.5%, correspondant à une arthrose fémoro-tibiale interne débutante d'intensité moyenne (5 à 15%), selon la table 5 du barème correspondant (dossier SUVA, pièce 238).

E. 7.5

Décision initiale de la SUVA Sur la base de ces éléments, la SUVA, par courrier du 25 mars 2020, a informé l'assuré qu'elle considérait son état de santé comme stabilisé et qu'elle mettait dès lors fin au versement des indemnités journalières au 30 avril 2020, au vu d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (dossier SUVA, pièce 242). Dans le cadre de la procédure d'opposition, le Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a été consulté pour nouvel avis médical. Ce dernier a « déconseillé un traitement chirurgical chez un patient présentant un déconditionnement musculaire » (dossier SUVA, pièce 281). Par décision du 21 avril 2020, confirmée sur opposition le 25 août 2020, la SUVA a confirmé qu'une capacité résiduelle de 100% existait dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le médecin d'arrondissement, susceptible de procurer un revenu statistique identique à celui de l'activité habituelle de maçon. La SUVA a donc refusé le droit à une rente LAA mais a en revanche octroyé une IPAI de 7.5% (dossier SUVA, pièces 254 et 278).

E. 7.6

Arrêt TC FR 605 2020 194 et 195 du 23 août 2021 Amenée à trancher le recours formé par l'assuré contre cette dernière décision, la Cour avait tout d'abord constaté que l'ensemble des médecins consultés avaient écarté la possibilité de traitements médicaux complémentaires, dans la mesure où les douleurs persistantes ne s'expliquaient pas par les lésions objectives constatées et ne constituaient pas une indication suffisante pour une nouvelle intervention, après l'échec, sur le plan subjectif, des deux premières opérations. La Cour avait par ailleurs relevé que la nature dégénérative, bilatérale et pratiquement symétrique des lésions objectives encore présentes sur les dernières images, sans aucune lésion osseuse à gauche (radiographies et IRM des 13 et 29 janvier 2020), permettait enfin de douter qu'un lien de causalité puisse encore exister, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'accident assuré. S'agissant des lésions neurologiques au pied gauche, supposément un névrome de Morton, la Cour avait enfin refusé la mise en œuvre d'investigations complémentaires requises par l'assuré. Elle avait en effet constaté

qu'aucune atteinte objective des structures nerveuses du membre inférieur

Tribunal cantonal TC Page 12 de 18 gauche n'avait pu être mise en évidence, et qu'aucun avis médical ne parlait en faveur d'une éventuelle origine accidentelle d'un tel diagnostic. En conclusion, la Cour avait confirmé la stabilisation du cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et, partant, la fin du versement des indemnités journalières.

E. 8

Rechute

E. 8.1

Annonce de rechute (décembre 2022) Le 28 décembre 2022, une rechute de l'évènement du 13 février 2018 a été annoncée, au motif que « actuellement l'état de son genou gauche s'est détérioré et nécessite un traitement médical, voire provoque une nouvelle incapacité de travail » (dossier SUVA, pièce 332). Les rapports médicaux suivants ont été produits à l'appui de cette annonce de rechute : • Rapport d'IRM du genou gauche du 21 décembre 2021 du Dr F._____, spécialiste en radiologie, mettant en évidence une « gonarthrose du compartiment médial avec chondromalacie de grade IV Outerbridge et formation d'ostéophytes de faible degré ; statut après ménisectomie médiale, pas de récurrence de déchirure évidente ; fine déchirure horizontale dans le ménisque externe ; chondromalacie de grade III ; chondromalacie fémoro-patellaire avancée ; faible épanchement articulaire » (rapport du 19 mai 2022, dossier SUVA, pièce 333). • Rapport du 16 mars 2022 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, dans lequel ce spécialiste a posé le diagnostic de « chronique, ventrale Allodynie ». Dans la mesure où la dernière infiltration du genou pratiquée par ses soins n'avait apporté aucune amélioration, même temporaire, il a considéré que la gonarthrose médiale n'était pas responsable des douleurs, qui résultaient plutôt d'une allodynie ventrale complexe chronique. Dans ces conditions et au vu de la faible motivation du patient pour une thérapie par le mouvement, il était d'avis que l'implantation d'une prothèse partielle ou totale présentait un risque énorme. Partant, il considérait le traitement terminé (dossier SUVA, pièce 333). • Rapport LAA du 2 mars 2023 du Dr H._____, médecin praticien, dans lequel le médecin traitant a rappelé le diagnostic de « chronique, ventrale Allodynie am linken Kniegelenk » (dossier SUVA, pièce 342), et certificats médicaux attestant la poursuite ininterrompue de l'incapacité de travail totale (dossier SUVA, not. pièces 337, 361, 370, 404). Par courrier du 4 mai 2023, l'assuré a déclaré que l'état de son genou gauche s'était encore détérioré et nécessitait un nouveau traitement médical. Il a précisé que la situation avait nécessité l'arrêt des mesures de réinsertion professionnelle de l'OAI fin février 2023 et a produit des photographies de sa jambe (dossier SUVA, pièce 352).

E. 8.2

Instruction par la SUVA et décision initiale Le cas a été soumis à la Dre I._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin d'assurance de la SUVA. Dans sa brève appréciation du 23 mai 2023, elle a considéré que l'appréciation du médecin d'assurance J._____ du 24 mars 2020 était toujours d'actualité et que l'on pouvait donc reconnaître une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles définies lors des séjours à la CRR (dossier SUVA, pièce 357).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 18 Par courrier du 24 mai 2023, la SUVA a dès lors refusé la prise en charge de la rechute annoncée, à défaut d'aggravation objectivable liée à

l'accident et nécessitant un traitement (dossier SUVA, pièce 359). La SUVA a confirmé son refus par décision formelle du 28 juillet 2023 (dossier SUVA, pièce 371).

E. 8.3

Procédure d'opposition L'assuré s'est opposé à cette décision le 12 septembre 2023, alléguant que l'état de son genou gauche s'était bel et bien dégradé, provoquant l'arrêt de la mesure professionnelle mise en œuvre par l'OAI. En particulier, il a subi un épanchement articulaire du genou gauche en décembre 2021, puis un second constaté par une IRM le 16 juin 2023. Il considère que la SUVA est dès lors tenue de prendre en charge le traitement médical lié à cet épanchement (dossier SUVA, pièce 379). A l'appui de son opposition, il produit un rapport d'IRM du 16 juin 2023, lequel fait notamment état d'un « épanchement articulaire modéré. Petit kyste de Barker récent, non rompu », en plus de la gonarthrose connue (arthrose fémoro-tibiale médiale de degré IV ; arthrose fémoro-tibiale latérale de degré III-IV ; arthrose fémoropatellaire de degré III ; rapport du Dr K. _____, spécialiste en radiologie, dossier SUVA, pièce 381). Ces éléments ont été soumis à la Dre I. _____ qui, dans son appréciation du 8 novembre 2023, a considéré qu'il n'existait pas d'aggravation objectivable liée à l'accident et nécessitant un traitement. En particulier, elle a expliqué que l'arthrose de grade III-IV mise en évidence par l'IRM n'était pas responsable des plaintes de l'assuré et ne reflétait pas le tableau clinique présenté, en se référant notamment à l'avis du 16 mars 2022 du Dr G. _____. Quant au kyste de Baker, elle a relevé qu'il s'agissait d'une atteinte dégénérative, qui n'était pas non plus corrélée à la clinique. Elle a enfin souligné que les photographies produites par l'assuré n'avaient aucune valeur médicale. En conclusion, dans la mesure où la symptomatologie présentée n'est pas compatible avec une gonarthrose mais avec une allodynie, l'état de santé ne peut pas être considéré comme modifié (dossier SUVA, pièce 391). Par décision du 22 décembre 2023, la SUVA a rejeté l'opposition et a confirmé son refus de prise en charge de la rechute. Se basant sur l'appréciation de la Dre I. _____, la SUVA a souligné l'absence d'amélioration de la symptomatologie suite à la dernière infiltration du genou et aux thérapies physiques intensives, démontrant ainsi une symptomatologie compatible non pas avec une gonarthrose, mais avec une allodynie.

E. 8.4

Nouveaux éléments médicaux Dans le cadre de la procédure de recours, l'assuré a encore produit les pièces suivantes : • Rapport final du centre de réadaptation professionnelle « Crescendo » du 23 février 2023, selon lequel une péjoration de l'état de santé a été constatée au fur et à mesure de l'avancement de la mesure, de telle sorte qu'il a été décidé de renoncer à de nouvelles mesures de réinsertion tant que l'état de santé ne se sera pas amélioré (rapport final CIS-Crescendo) ; • Rapport de consultation du 16 mai 2024 du centre L. _____, mentionnant, sur la base d'une IRM réalisée le 13 mai 2024, une absence d'épanchement intra-articulaire, une gonarthrose médiale modérée avec rétrécissement de l'espace articulaire, ainsi qu'une sclérose sous-chondrale. En conclusion de ce rapport, les médecins, qui signalent des difficultés d'examen en

Tribunal cantonal TC Page 14 de 18 raison de l'allodynie du genou gauche, considèrent que de nouveaux traitements chirurgicaux doivent être envisagés « avec réserve », compte tenu de l'évolution chronique de la douleur ; • Rapport de radiologie du 11 juin 2024 de l'hôpital de M. _____, accompagné d'une traduction en allemand : « rupturierte hintere Crus des medialen Menisksuits, die von chronischen Microcystas in der Peripherie begleitet wird.

LCA - mit Faserverlängerung und heterogen mit dem Intensivierungsgrad des Tibis, mit mukoiden Mikrozyten mit erhaltener Kontinuität. Intraartikular und retroapatellar und diskreter Suprapatellae. Knochenkarpfen mit einem diskreten Knochenödem in den medialen Leitungen des Tibes mit Mikrozystas und subhondraler Sklerose in der Gonarthrose Swaza. Gonarthrose mit subhondraler Sklerose im RTG ohne imazherische Informationen für degenerative Veränderungen ».

E. 9

Discussion

E. 9.1

Sur la base du dossier administratif et médical et plus particulièrement du faisceau d'éléments discutés ci-dessus, la Cour constate tout d'abord qu'il n'existe aucun élément médical en faveur d'une reprise du traitement médical. Une opération chirurgicale du genou est en effet exclue ou, à tout le moins, envisagée avec réserve par l'ensemble des spécialistes consultés par le recourant. Même les traitements conservateurs (physiothérapie et ergothérapie) ont été arrêtés, faute d'apporter la moindre amélioration subjective. La gonarthrose, déjà présente en 2020, s'est certes étendue, mais ne justifie aucun traitement médical. Cette atteinte ne semble pas non plus correspondre aux plaintes du recourant, selon les avis médicaux concordants des médecins de la CRR du 6 février 2020, du Dr G. _____ du 16 mars 2022 de la Dre I. _____ du 8 novembre 2023. S'agissant de l'épanchement articulaire du genou gauche mis en évidence par l'IRM du 16 juin 2023, force est de constater qu'un tel épanchement n'apparaît plus à la dernière IRM réalisée le 13 mai 2024, selon le rapport de consultation du centre L. _____. Quoiqu'il en soit, aucun traitement n'est proposé par ces spécialistes, qui insistent plutôt sur l'allodynie et l'évolution douloureuse chronique. Quant au « petit kyste de Barker récent, non rompu », également mis en évidence par l'IRM du 16 juin 2023 et qui constitue ainsi le seul nouveau diagnostic encore actuel par rapport à la situation qui prévalait au printemps 2020, il ne fait l'objet d'aucune proposition de traitement médical. Il n'est pas non plus cité par le moindre avis médical comme impactant la capacité de travail résiduelle. Qui plus est, aucun médecin ne s'est prononcé en faveur du moindre lien de cette atteinte avec l'évènement du 13 février 2018. Le seul élément médical relatif à l'origine de ce kyste ressort de l'appréciation du 8 novembre 2023 de la Dre I. _____, qui qualifie cette atteinte de dégénérative, sans lien avec l'accident assuré. On notera, sur ce point, que l'ensemble des atteintes actuelles peuvent également s'expliquer par un processus dégénératif global, sans lien direct avec l'accident subi. En définitive, il ressort de l'ensemble du dossier que c'est bien l'allodynie qui est principalement responsable de l'incapacité de travail encore attestée par le médecin traitant. Or, cette atteinte a été diagnostiquée dès le premier séjour à la CRR en 2018 (cf. notamment rapport d'ergothérapie du

Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 24 août 2018, dossier SUVA, pièce 42) et, partant, ne constitue pas une rechute par rapport à la situation qui prévalait déjà au printemps 2020. De surcroît, et là encore, il n'existe, comme à l'époque, pas le moindre indice en faveur d'un lien de causalité entre ce diagnostic et l'accident assuré.

E. 9.2

Le recourant critique l'appréciation de la Dre I. _____, au motif que celle-ci ne serait pas probante en raison de ses liens avec l'autorité intimée. Il convient ici de rappeler, comme cela ressort des considérants qui précèdent (cf. supra consid. 5.4) que, selon la

jurisprudence, 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. Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes, même faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis. Cela va dans le sens de l'obligation faite à l'assuré d'apporter les preuves ou, à tout le moins, des indices en faveur des faits qu'il invoque (cf. supra consid. 5.3). Or en l'espèce, comme on vient de le souligner, le recourant n'a pas apporté le moindre élément en faveur, d'une part, d'une modification significative de son état de santé depuis la précédente décision de la SUVA ni, d'autre part, du moindre lien de causalité entre l'atteinte qui prédomine encore aujourd'hui, soit l'allodynie. Dans ces circonstances, il n'apparaît pas nécessaire de mettre en œuvre d'autres mesures d'instruction, comme le requiert le recourant.

E. 9.3

Le recourant critique enfin la capacité de travail résiduelle retenue par la SUVA – à savoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la CRR et par le médecin d'arrondissement déjà en 2020 – au motif que celle-ci serait invraisemblable, comme l'attesterait le fait qu'il n'a pas pu poursuivre la mesure Crescendo mise en œuvre par l'OAI. Le fait que des difficultés aient été constatées dans le cadre de la mesure professionnelle de l'AI n'est toutefois pas suffisant pour remettre en cause la capacité fixée par la SUVA. D'une part, le rapport de Crescendo n'est étayé par aucun avis médical qui irait dans le sens d'une incapacité de travail, à l'exclusion des seuls certificats établis par le médecin traitant de manière continue depuis l'accident et sans aucune explication particulière. Ces seuls éléments ne sont toutefois pas suffisants pour remettre en cause les avis concordants des médecins d'assurance de la SUVA, des médecins de la CRR, de l'ancien chirurgien traitant ainsi que des autres spécialistes consultés. Il semble en effet que le recourant n'a en réalité souffert que d'une recrudescence de douleurs déjà connues, probablement causée par la reprise d'une activité. D'autre part, l'ensemble du tableau tend à établir que les atteintes en lien avec l'accident du

E. 9.4

Au vu de l'ensemble de ces éléments, il n'est pas établi, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, que les atteintes annoncées en tant que rechute au mois de décembre 2022 présentent un lien de causalité avec l'accident du 13 février 2018, mais qu'elles sont au contraire majoritairement d'origine dégénérative. C'est dès lors à bon droit que la SUVA a nié l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant susceptible de justifier, à compter de décembre 2022 ou plus tard, la reprise du versement d'indemnités journalières, subsidiairement l'augmentation de l'IPAI octroyée en 2020. 10. Sort du recours, frais et dépens 10.1. Compte tenu de tout ce qui précède, le recours du 30 janvier 2024 doit être rejeté et la décision sur opposition du 22 décembre 2023 confirmée. 10.2. La LAA ne prévoyant pas que la procédure pour les litiges en matière de prestations soit soumise à des frais judiciaires (cf. art. 61 let. fbis, 1ère phrase, LPG), il n'en sera pas perçu. 10.3. Il n'est alloué de dépens ni à l'autorité intimée, chargée de tâches de droit public (cf. arrêts TF 8C_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6 et 9C_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8), ni

au recourant qui succombe. 11. Requête d'assistance judiciaire totale Il reste à trancher la requête d'assistance judiciaire déposée dans le cadre du recours (605 2024 29). 11.1. A teneur de l'art. 61 let. f LPGA, le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti et, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite doit être accordée au recourant. Selon l'art. 142 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA ; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est toutefois pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). Selon l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle : a. des frais de procédure ; b. de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire le rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2). 11.2. En l'espèce, il ressort du recours et des pièces produites le 5 février 2024 que le recourant est père de deux enfants majeurs, avec lesquels il vit, son épouse étant quant à elle domiciliée en Italie. Il ne déclare aucune fortune et, pour tout revenu, sa rente AI mensuelle d'un montant de CHF 45.-. Son indigence paraît dès lors suffisamment établie. Quant aux chances de succès de la présente procédure, même s'il s'avère infondé, l'on peut admettre que le recours pouvait ne pas être considéré comme d'emblée et à l'évidence dénué de toute chance. Il peut également être admis que la difficulté de la présente affaire justifie la désignation d'un défenseur. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire totale (605 2024 29) est admise pour la procédure 605 2024 28 et que Me Bytyqi, avocat, est désigné comme défenseur d'office. 11.3. La liste de frais déposée par Me Bytyqi le 29 avril 2024 fait état de 12 heures de travail, facturées à un tarif horaire de CHF 250.-. Une telle durée semble adéquate afin de tenir compte du travail strictement nécessaire à effectuer dans ce type d'affaire, dans le cadre d'une procédure soumise à la maxime d'office. En revanche, en vertu de l'art. 12 al. 1bis du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA ; RSF 150.12), l'indemnité horaire du défenseur désigné s'élève à CHF 180.-. La liste de frais est dès lors corrigée en ce sens. Cela correspond à un montant de CHF 2'225.- (CHF 2'160.- au titre d'honoraires + CHF 65.- au titre de dépens), auquel il convient d'ajouter la TVA (8.1%) par CHF 180.25. C'est donc une indemnité totale de CHF 2'405.25 qui est allouée au mandataire du recourant, à la charge de l'Etat de Fribourg et qui sera directement versée au mandataire du recourant. 11.4. C'est enfin le lieu de souligner que, en vertu de l'art. 145b al. 3 CPJA, si le bénéficiaire de l'assistance judiciaire revient à meilleure fortune ou s'il est démontré que son état d'indigence n'existait pas, la collectivité publique peut exiger de lui le remboursement de ses prestations.

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 la Cour arrête : I. Le recours (605 2024 28) est rejeté. Partant, la décision sur opposition du 22 décembre 2023 est confirmée. II. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2024 29) est admise pour la procédure de recours et Me Astrit Bytyqi est désigné défenseur d'office du recourant. III. L'indemnité allouée à Me Astrit Bytyqi en sa qualité de défenseur d'office est fixée à CHF 2'405.25, TVA par CHF 180.25 comprise. Elle est mise à la charge de l'Etat de Fribourg et sera directement versée à Me Astrit Bytyqi. IV. Il n'est pas perçu de frais de justice ni octroyé de dépens. V. 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 21 mai 2025/isc Le Président La Greffière-rapporteuse

E. 13

février 2018 ne sont pas principalement responsables des difficultés du recourant à exercer une activité adaptée à plein temps. Comme on vient de le dire, c'est en particulier l'allodynie, sans lien

Tribunal cantonal TC Page 16 de 18 avec l'accident, mais également des facteurs extra-médicaux, mis en évidence lors des deux séjours à la CRR, qui entravent la réinsertion professionnelle du recourant. Il est également plausible que d'autres atteintes à la santé, sans lien de causalité avec l'accident, tels que le kyste de Baker ou le syndrome de Morton, ou même les autres antécédents médicaux du recourant (cardiopathie sous traitement, HTA traitée, obésité stade I ; cf. rapport de la CRR du 6 février 2020, dossier SUVA, pièce 227), influencent également négativement la capacité de travail du recourant. Or, s'il est légitime que la décision de l'AI prenne en considération la situation médicale du recourant dans son ensemble, l'assureur-accidents ne doit quant à lui tenir compte que des atteintes pour lesquelles il engage sa responsabilité, à savoir celles vis-à-vis desquelles un lien de causalité avec l'accident a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

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