



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

www.fr.ch/tc

605 2024 182

Arrêt du 30 avril 2026

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :

Marc Boivin

Juges :

Marc Sugnaux, Vanessa Thalmann

Greffière :

Angélique Marro

Parties

A. _____, **recourant**, représenté par Me Elio Lopes, avocat,

contre

SUVA, autorité intimée

Objet

Assurance-accidents – stabilisation de l'état de santé

Recours du 11 novembre 2024 contre la décision sur opposition du
10 octobre 2024

considérant en fait

A. A. _____, né en 1967, travaillait en qualité de collaborateur de production pour la société B. _____ SA. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA.

Le 28 juin 2016, alors qu'il se trouvait sur son lieu de travail, il s'est blessé à l'index droit, se coupant avec du verre. Le même jour, il a subi une intervention chirurgicale.

Pour les suites de cet accident, la SUVA a alloué des prestations d'assurance jusqu'au 31 août 2016, notamment le versement d'indemnités journalières et la prise en charge de frais médicaux.

Le 5 novembre 2017, il s'est blessé au pouce droit en chutant. Le lendemain il a été opéré.

La SUVA a également pris en charge le cas, jusqu'en 2018, A. _____ ayant alors pu reprendre le travail.

B. Le 3 septembre 2021, une rechute a été annoncée depuis le 11 août 2021, A. _____ présentant toujours des douleurs à la main droite.

La SUVA a alloué des prestations pour cette rechute à partir du 23 août 2021.

En décembre 2023, la SUVA indiquait mettre un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais médicaux avec effet au 31 janvier 2024, considérant que l'état de santé était stabilisé.

C. Par décision du 13 février 2024, confirmée sur opposition le 10 octobre 2024, la SUVA a confirmé la fin du versement des prestations d'assurance au 31 janvier 2024. Elle a en outre reconnu à A. _____ le droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2024, fondée sur un taux de 13%, et lui a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI) de CHF 7'410.-, correspondant à un taux de 5%.

D. Le 11 novembre 2024, A. _____, agissant par son mandataire, interjette recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant à son annulation et, principalement, à ce que la SUVA soit tenue d'allouer des prestations d'assurance au-delà du 31 janvier 2024, subsidiairement, à ce qu'elle soit tenue de lui allouer une rente d'invalidité de 100%, ainsi qu'une IPAI de 100%, plus subsidiairement, à ce qu'une expertise judiciaire soit mise en œuvre, encore plus subsidiairement, au renvoi de la cause à la SUVA pour mise en œuvre d'une expertise.

Le 27 février 2025, la SUVA fait parvenir ses observations, concluant au rejet du recours, ainsi que les dossiers constitués en lien avec l'accident du 28 juin 2016 et la rechute annoncée.

Le 2 juin 2025, le recourant transmet ses contre-observations, puis, le 24 juin 2025, la SUVA précise ne pas avoir d'ultimes remarques à formuler.

Sur demande de la greffière déléguée à l'instruction, la SUVA fait parvenir, le 10 mars 2026, le dossier constitué en lien avec l'accident du 5 novembre 2017.

E. Il sera fait état du détail des arguments formulés par les parties à l'appui de leurs conclusions dans les considérants en droit du présent arrêt, dans le cadre desquels seront notamment examinés leurs moyens de preuve.

en droit

1.

Recevabilité

Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente, par un assuré valablement représenté et directement touché par la décision querellée.

Partant, il est recevable.

2.

Règles générales relatives aux prestations LAA

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), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA) et le droit à une IPAI (art. 24 LAA).

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).

Aux termes de l'art. 19 al. 1 LAA, 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 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.

Cette disposition règle le moment de la liquidation du cas d'assurance. L'assureur-accidents ne doit - pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme - accorder des prestations provisoires, telles que des indemnités journalières et un traitement médical, qu'aussi longtemps qu'une sensible amélioration de l'état de santé peut être attendue de la poursuite du traitement médical. Si tel n'est plus le cas, la cessation des prestations provisoires et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à une rente d'invalidité et/ou à une IPAI (art. 24 al. 2 LAA) doivent être examinées en même temps (arrêt TF 8C_243/2021 du 11 octobre 2021 consid. 1.4.2 et les références).

2.3. 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).

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 (arrêt TF 8C_682/2023 du 24 avril 2024 consid. 3.1.1 et les références).

Dans cette optique, les rapports médicaux établis après la clôture du cas (traitement médical et indemnités journalières), de même que les circonstances survenues après la clôture du cas jusqu'à la décision sur opposition, ne sont pas pertinents (arrêts TF 8C_299/2022 du 5 septembre 2022 consid. 5.1 et les références).

3.

Règles relatives aux rechutes et aux séquelles tardives

En vertu de l'art. 11, 1^{ère} phrase, de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA; RS 832.202), les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives.

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 (arrêt TF 8C_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1 et les références).

4.

Règles relatives au droit à une rente d'invalidité

4.1. 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).

4.2. 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 (méthode générale de comparaison des revenus; arrêt TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1 et les références).

5.

Règles relatives à l'IPAI

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'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).

6.

Règles relatives à l'appréciation des preuves

6.1. 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_586/2021 du 5 mai 2022 consid. 3.3 et les références).

6.2. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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. 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut pas trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre.

6.3. 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 de l'expert 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 (arrêt TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 et les références).

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 douter de l'objectivité de son appréciation ni 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

6.4. 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. Ainsi, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur, le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il 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).

Le Tribunal fédéral a encore précisé qu'une expertise doit être diligentée en présence d'un « *doute à tout le moins léger* » quant à la pertinence de l'avis du médecin-conseil (arrêt TF 8C_370/2017 du 15 janvier 2018 consid. 3.3.3 et les références).

6.5. Finalement, s'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, il y a lieu de tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et les références).

7.

Objet du litige

En l'espèce, est dans un premier temps litigieuse la fin du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux avec effet au 31 janvier 2024, puis, dans un second temps, le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI.

Pour traiter de ces questions, il y a lieu de revenir sur les accidents, la rechute et leurs suites.

8.

Accident du 28 juin 2016 et accident du 5 novembre 2017

8.1. Le 28 juin 2016, le recourant, né en 1967 et collaborateur de production, s'est blessé à l'index droit, se coupant avec du verre (doc. 1). A l'exploration de la plaie aux urgences, une section à 90% du tendon extenseur a été mise en évidence (doc. 14).

Le jour de l'accident, il a subi une intervention chirurgicale, soit une suture du tendon extenseur de l'index droit (doc. 14).

Pour les suites de cet accident, la SUVA a versé des indemnités journalières et pris en charge les frais médicaux jusqu'au 31 août 2016, le recourant ayant pu reprendre le travail à partir de cette date (doc. 13 et 19).

8.2. Le 5 novembre 2017, en posant des pneus, le recourant a glissé et, en prenant appui sur sa main droite, il s'est blessé au pouce droit (doc. 1 *dossier pouce*).

Une radiographie effectuée le lendemain montrait un pincement au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne (doc. 8 *dossier pouce*).

Le 7 novembre 2017, il a été opéré par le Dr C. _____, médecin traitant, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel a procédé à une refixation du ligament collatéral métacarpo-phalangien du pouce droit (doc. 9 *dossier pouce*).

Pour les suites de cet accident, la SUVA a alloué des prestations d'assurance jusqu'en 2018, le recourant ayant alors pu reprendre le travail (doc. 4 et 23 *dossier pouce*).

9.

Rechute et évolution médicale

9.1. Le 3 septembre 2021, une rechute a été annoncée par l'employeur depuis le 11 août 2021, le recourant ressentant toujours des douleurs aux tendons de sa main droite (dc. 21).

Une incapacité de travail était attestée à partir du 23 août 2021 (doc. 22).

9.2. Auparavant, le 26 juillet 2021, le recourant avait été vu par la Dre D. _____, médecin traitante, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie.

Cette dernière relevait que, depuis un mois et demi, le recourant se plaignait de douleurs de type brûlure de la face dorsale du premier et deuxième doigt de la main droite, intermittentes, le soir et la nuit. Il pouvait effectuer son travail et n'avait pas de sensation de faiblesse.

Les diagnostics de douleurs neurogènes et hypoesthésies partielles du territoire radial de la main droite ont été posés.

Il existait une discordance entre les plaintes du recourant et le *status* post-opératoire du pouce et de l'index (doc. 39).

9.3. Le 11 août 2021, le recourant a été vu par le Dr E. _____, médecin traitant, spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce dernier rapportait que le recourant présentait depuis un mois et demi des douleurs aspécifiques au niveau de la première commissure de la main droite, sans traumatisme nouveau. Les douleurs n'étaient pas liées aux mouvements, ni à la mise sous tension de la musculature de la main, mais elles le réveillaient parfois la nuit. Elles se résolvaient spontanément, sans traitement (doc. 54).

9.4. Le 18 octobre 2021, une IRM de la main a été effectuée, laquelle montrait des signes d'arthrose activée (diagnostic différentiel: synovite) des articulations trapézo-métacarpienne et des articulations métacarpo-phalangiennes. De même, il y avait des altérations du lunatum (= *os situé au centre du poignet*) et de l'articulation scapho-trapézoïdienne du même type.

Il existait également une petite altération inflammatoire des parties molles autour de la styloïde ulnaire, ainsi qu'un *status* musculaire de la main dans les normes (doc. 53).

Le même jour, le Dr C. _____ relevait que l'examen clinique faisait suspecter un syndrome de Wartenberg (= *compression de la branche superficielle du nerf radial*) avec concomitance d'une

tendinite de De Quervain (= *inflammation douloureuse des tendons à la base du pouce et du poignet*) (doc. 57).

9.5. Le 20 octobre 2021, la Dre D. _____ indiquait que le recourant n'avait pas eu d'amélioration des douleurs neurogènes après 7-8 séances d'ergothérapie.

Les diagnostics de tendinite de De Quervain, épicondylite latérale débutante, douleurs neurogènes et hypoesthésie légère du territoire de la branche sensitive du nerf radial de la main droite ont été posés (doc. 50).

9.6. Le 27 janvier 2022, la Dre F. _____, médecin traitante, spécialiste en neurologie, relevait que l'examen électrophysiologique effectué ne montrait pas d'anomalie en particulier du nerf radial en faveur d'une radiculopathie. Néanmoins, la sémiologie clinique était très probablement en lien avec une atteinte sensitive du nerf radial.

Il n'y avait pas d'argument électro-clinique en faveur d'un syndrome du tunnel carpien droit, hormis la présence isolée d'un signe de Tinel (= *test clinique généralement utilisé dans le cadre du diagnostic du syndrome du canal carpien*) au poignet (doc. 63).

9.7. Le 24 février 2022, le Dr G. _____, médecin d'assurance, spécialiste en médecine interne générale, soutenait qu'il fallait admettre le lien de causalité entre les plaintes exprimées au niveau de la main droite et l'événement du 28 juin 2016 et, probablement aussi, l'événement en lien avec le pouce droit (doc. 65).

9.8. Le 9 mai 2022, le Dr C. _____ relevait que, malgré une infiltration réalisée qui avait permis d'apporter une bonne amélioration, une douleur autour du pouce et des brûlures dorsales à la première commissure persistaient (doc. 80).

Le 8 août 2022, il indiquait que, à la suite de différentes infiltrations effectuées, les douleurs s'étaient vraisemblablement focalisées sur la zone d'innervation du rameau superficiel du nerf radial, ce qui correspondait à la suspicion initiale d'un syndrome de Wartenberg (doc. 104).

Le 24 octobre 2022, il relevait un effet positif transitoire sur la symptomatologie de la dernière infiltration qui avait eu lieu 6 semaines auparavant. Il n'existait pas beaucoup d'options thérapeutiques pour le syndrome de Wartenberg.

Une intervention chirurgicale ne permettrait pas un résultat satisfaisant (doc. 104).

9.9. Le 17 janvier 2023, le Dr H. _____, médecin traitant, spécialiste en médecine générale, mentionnait que la situation était toujours la même et n'avait pas changé. Il existait tout de même une petite amélioration quant aux douleurs. Le recourant se réveillait toutefois toujours autant la nuit, plusieurs fois, pour les douleurs dans le pouce droit et à la base de ce dernier.

Il avait subi 6 infiltrations depuis le mois d'août 2022, avec des résultats en dessous des espérances et une impossibilité de se remettre au travail.

Le 6 février 2023, le médecin précité précisait que le recourant avait mal et ne pouvait plus travailler du fait de ses douleurs.

Le 15 février 2023, il indiquait avoir revu le recourant, toujours pour les mêmes douleurs à la racine du pouce droit. Il avait subi plusieurs infiltrations, mais son état ne s'améliorait pas (doc. 104).

9.10. Le 7 mars 2023, le Dr I. _____, médecin traitant, spécialiste en chirurgie de la main et des nerfs périphériques, relevait que le recourant présentait une arthrose trapézo-métacarpienne symptomatique expliquant seulement une partie des symptômes.

Il proposait un bilan fonctionnel en mode hospitalier auprès de la SUVA pour préciser les douleurs et limitations, avant d'envisager un traitement complémentaire (doc. 104).

10.

Séjour à la Clinique romande de réadaptation

Du 11 avril 2023 au 5 mai 2023, le recourant a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR).

A l'entrée, il se plaignait de douleurs à la main droite, localisées dans les métacarpes 1 et 2 face dorsale et face palmaire de la main. La douleur était caractérisée comme de l'électricité, parfois comme un coup de couteau avec une intensité moyenne, évaluée à 7-8/10, remontant à 10/10.

Sur le plan orthopédique, le diagnostic d'arthrose trapézo-métacarpienne de stade II a été posé. L'examen clinique retrouvait uniquement des douleurs en regard de l'articulation métacarpo-phalangienne et trapézo-métacarpienne du pouce droit, séquellaire de l'entorse du ligament collatéral ulnaire et de l'arthrose trapézo-métacarpienne de stade II.

Il n'y avait pas d'indication chirurgicale d'arthrodèse métacarpo-phalangienne, ni d'arthroplastie ou de trapézectomie à droite, lesquelles n'apporteraient pas suffisamment de certitude de réussite post-opératoire.

Sur le plan neurologique, le bilan électroneuromyogramme (ci-après: ENMG) permettait d'écarter une neuropathie des troncs nerveux de la main droite (nerf médian, ulnaire et radial).

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. L'évolution subjective et objective était favorable. Hormis des autolimitations en lien avec les douleurs annoncées, aucune incohérence n'avait été relevée.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes pouvaient être retenues, soit le port de charges jusqu'à 5 kg, les mouvements nécessitant de la force et de l'endurance du poignet et de la main, ainsi que les mouvements répétés et exigeant dextérité fine de la main.

La situation était stabilisée du point de vue médical, aucune autre intervention (infiltration ou chirurgie) n'étant à réaliser. Sur le plan des aptitudes fonctionnelles, une amélioration nette dans l'intégration de la main droite avait été constatée, avec des douleurs toujours présentes mais moins limitantes. Ainsi, la poursuite des thérapies intensives était nécessaire sur les trois prochains mois, avec un axe sur l'endurance des activités main-poignet droite, travail dextérité main droite et préhension.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable. En revanche, le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus pouvait être favorable. Une amélioration des aptitudes de manipulation et d'endurance était encore attendue (doc. 142).

11.

Evolution médicale jusqu'en janvier 2024

11.1. Le 7 juillet 2023, le Dr J._____, médecin d'assurance, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, mentionnait que le cas pouvait être considéré comme étant médicalement stabilisé. La poursuite des séances de physiothérapie et d'ergothérapie permettait d'améliorer encore un petit peu la situation mais en tout cas de maintenir les acquis. La poursuite de ces traitements était nécessaire pour une période de six à douze mois.

La capacité de travail dans l'ancienne activité était nulle.

En revanche, du point de vue de l'exigibilité, en respectant les limitations fonctionnelles décrites lors du séjour à la CRR, une activité professionnelle légère avec un rendement de 100% pouvait être envisagée (doc. 156).

Le 31 juillet 2023, le médecin d'assurance a évalué l'atteinte à l'intégrité à un taux de 5% (doc. 166).

11.2. Le 25 octobre 2023, le Dr K._____, médecin traitant, spécialiste en anesthésiologie, mentionnait avoir vu le recourant en consultation pour évaluation de ses troubles.

A l'examen clinique, une différence de chaleur était remarquée sur l'examen comparatif des mains avec un peu de sudation au moment de l'examen et non présente sur la main opposée.

Il relevait être face à un syndrome douloureux régional complexe (ci-après: SDRC), pour lequel une prise en charge spécifique était tardive. Devant les troubles végétatifs exposés par le recourant, la réalisation rapide d'un bloc du ganglion stellaire (= *procédure qui bloque temporairement une partie du système nerveux sympathique pour soulager les douleurs chroniques*) était proposée (doc. 179).

11.3. Par correspondance du 18 décembre 2023, la SUVA mentionnait mettre un terme aux prestations d'assurance au 31 janvier 2024 (doc. 182).

11.4. Le 25 janvier 2024, le Dr J._____ indiquait maintenir son avis du 7 juillet 2023 concernant la stabilisation de l'état de santé (doc. 209).

11.5. Le 29 janvier 2024, le Dr K._____ relevait que le recourant ne pouvait pas retravailler avec un port de charges jusqu'à 5 kg, comme le soutenait la SUVA, car le traitement du SDRC n'était pas terminé.

Un grand progrès avait été fait sur les douleurs neuropathiques qui le réveillaient la nuit, à type de brûlure. Celles-ci avaient pu disparaître à la suite d'une infiltration à type de bloc du ganglion stellaire droit qui avait été réalisée le 3 novembre 2023. Des douleurs persistaient tout de même sur le territoire du nerf radial.

Le recourant avait rendez-vous avec le Dr C._____ pour la suite des soins. Le 5 janvier 2024, une nouvelle infiltration avait été effectuée, laquelle avait permis d'obtenir une diminution quasi complète de la douleur pendant 48h, ce qui encourageait à aller de l'avant, de concert avec le Dr C._____, notamment en proposant une radiofréquence pulsée du nerf radial superficiel.

Le cas du recourant était ainsi en cours de traitement (doc. 215).

11.6. Par décision du 13 février 2024, la SUVA a alloué au recourant une rente d'invalidité de 13% depuis le 1^{er} février 2024, ainsi qu'une IPAI d'un taux de 5% (doc. 225).

12.

Procédure d'opposition

12.1. Le 11 mars 2024, le recourant a été vu par le Dr C. _____, lequel posait notamment les diagnostics d'arthrose métacarpo-phalangienne I, rhizarthrose de stade III, ainsi que suspicion de SDRC.

En particulier, des rayons effectués le jour de la consultation montraient une pénétration de l'arthrose carpo-métacarpienne I avec stade III selon Eaton-Littler et de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Il proposait de tenter un traitement conservateur par attelle durant quatre semaines, associé à des patchs en application locale.

Lors du prochain contrôle, il allait être rediscuté de l'éventualité de poser une prothèse au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne en sachant que cette prothèse avait une durée de vie moindre au vu de l'arthrose métacarpo-phalangienne associée. Pour cette dernière, une arthrodèse pouvait éventuellement être proposée.

L'alternative était de proposer une trapézectomie (= *intervention chirurgicale dans laquelle le trapèze, l'un des os carpiens du poignet faisant partie de l'articulation du pouce, est éliminé pour aider à gérer les symptômes de l'arthrite du pouce*). La récupération post-opératoire était néanmoins plus lente avec une différence de force de préhension par rapport au côté opposé qui risquait de persister à distance de l'opération.

Les diagnostics de rhizarthrose de stade III, ainsi qu'arthrose métacarpo-phalangienne de stade I étaient posés (doc. 252).

12.2. Dans un rapport du 26 mars 2024 établi à la demande du mandataire du recourant, le médecin précité mentionnait partager l'avis des médecins de la SUVA selon lequel le recourant ne présentait aucune neuropathie des troncs nerveux. A son sens, il n'y avait pas de lésion nerveuse qui avait pu être causée par l'accident. Les syndromes de compression apparaissaient la plupart du temps de manière idiopathique.

Si l'on se basait sur l'examen clinique, les critères suivants correspondaient à un tableau de SDRC soit, des douleurs persistantes qui apparaissaient disproportionnées avec l'événement initial, une sudation et un sentiment de brûlure dans la main, ainsi qu'une allodynie au niveau de la cicatrice.

Les critères de Budapest étaient ainsi remplis pour le diagnostic d'un SDRC. Néanmoins, il s'agissait d'un diagnostic par exclusion. A son sens, le recourant présentait une rhizarthrose ainsi qu'une arthrose de la métacarpo-phalangienne qui pouvait expliquer cette réaction vaso-motrice. Tant que ces arthroses n'étaient pas traitées, il était délicat de parler d'un SDRC.

Le taux d'activité horaire exigible dépendait de l'activité exigée. Dans un travail purement administratif, le taux d'activité pouvait être estimé à 50% ou 75%. Dans une activité manuelle, un travail respectant les limites fonctionnelles pouvait être exigé à environ 20 à 40%.

Par ailleurs, s'agissant de l'IPAI, un taux de 5% pouvait être retenu en lien avec une rhizarthrose grave et un taux de 8% avec une instabilité métacarpo-phalangienne grave (doc. 252).

12.3. Dans un rapport du 15 avril 2024, le Dr C. _____ relevait que les interventions réalisées jusqu'alors n'avaient pas permis de diminuer les douleurs ressenties sur la base du pouce. Des soulagements partiels temporaires des douleurs avaient pu être obtenus à la suite d'infiltrations. Comme la symptomatologie semblait se concentrer sur la rhizarthrose ainsi que les douleurs neuropathiques avec suspicion d'irritation de cette branche nerveuse, il a proposé de procéder à une intervention chirurgicale, comprenant la trapézectomie à laquelle il avait été dans un premier temps renoncé.

Il était très difficile d'effectuer un pronostic quant à l'effet de cette intervention sur ses douleurs chroniques. Il semblait toutefois raisonnable de la tenter au vu de la forte gêne fonctionnelle ressentie par le recourant avec certains signes cliniques reproductibles et assez clairs.

Il était également expliqué au recourant que, même dans le cas d'un bon résultat de l'opération, il fallait s'attendre à la persistance de certaines douleurs et il n'était pas réaliste de s'attendre à une reprise du travail dans le domaine exercé jusqu'à présent (doc. 261).

12.4. Le 7 mai 2024, le recourant a subi l'intervention chirurgicale envisagée dans le rapport du 14 avril 2024, soit une trapézectomie avec plastie de suspension par faisceaux de tendons, combinée à une décompression du rameau superficiel du nerf radial sur l'avant-bras (doc. 274).

Le 17 juin 2024, l'évolution post-opératoire était plutôt favorable (doc. 287).

12.5. Le 20 juin 2024, le Dr J. _____ indiquait que le dommage sur lequel avait porté l'opération du 7 mai 2024 était probablement imputable à l'accident du 28 juin 2016 (doc. 263).

Le 26 juillet 2024, il mentionnait cependant que les nouvelles pièces au dossier n'étaient pas de nature à modifier ses précédentes conclusions (doc. 278).

Le 23 août 2024, il précisait ne pas retenir le diagnostic de SDRC. Le recourant avait séjourné à la CRR où ce diagnostic n'avait pas été retenu. De même, le Dr C. _____, en présence d'une rhizarthrose et d'une arthrose de l'articulation métacarpo-phalangienne, ne retenait pas non plus de façon formelle ce diagnostic de SDRC.

Concernant le diagnostic d'atteinte au nerf radial ressortant de certaines pièces médicales, l'examen des nerfs de la main n'avait pas retenu une atteinte des troncs principaux de la main et particulièrement du nerf radial. Il y avait en revanche une atteinte du rameau superficiel du nerf radial qui avait été neurolysé lors de l'intervention du 7 mai 2024.

Il confirmait que l'état de santé était stabilisé à l'issue du séjour au sein de la CRR. Les limitations fonctionnelles retenues durant ce séjour restaient valables.

L'intervention du 7 mai 2024 devait être confirmée comme une rechute (doc. 285).

12.6. Le 23 septembre 2024, le Dr C. _____ indiquait que le recourant était un patient motivé à reprendre une activité professionnelle, mais qui ne pouvait toutefois pas reprendre son travail de vitrier en raison de limitations physiques de sa main droite toute sa vie.

Il pouvait toutefois reprendre un travail à 100% pour autant que celui-ci ne l'expose pas aux températures froides en raison du rameau superficiel du nerf radial, et ne nécessite pas de charge de plus de 8 kg en raison de la trapézectomie (doc. 296).

13.

Discussion s'agissant de la fin du versement des prestations

13.1. En l'espèce, sur la base de l'avis du médecin d'assurance de juillet 2023, la SUVA a annoncé en décembre 2023 mettre un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais médicaux au 31 janvier 2024, considérant que l'état de santé du recourant était stabilisé.

Plus tard, en février 2024, elle a implicitement confirmé la stabilisation de l'état de santé au 31 janvier 2024 et a reconnu le droit à une rente d'invalidité à partir du 1^{er} février 2024.

Cela étant, vu le dossier médical à disposition, il apparaît que la SUVA ne pouvait pas, en se fondant sur la seule appréciation du médecin d'assurance établie au mois de juillet 2023, soit plus de six mois avant la clôture du cas, parvenir à la conclusion que l'état de santé était stabilisé au 31 janvier 2024.

13.2. D'une part, dans son appréciation de juillet 2023, le médecin d'assurance s'était limité à indiquer, sans motivation, que le cas pouvait être considéré comme stabilisé. Plus tard, alors que le Dr K. _____ évoquait un nouveau diagnostic de SDRC et faisait état de nouveaux traitements, le médecin d'assurance a uniquement mentionné maintenir son appréciation.

13.3. D'autre part, le reste du dossier médical indiquait plutôt qu'une amélioration de l'état de santé pouvait être attendue du traitement médical non seulement jusqu'au 31 janvier 2024, mais également au-delà de cette date.

Premièrement, s'il ressort du rapport de la CRR que les médecins concluaient qu'aucune opération chirurgicale n'apporterait suffisamment de certitude et de réussite, ils préconisaient toutefois également la poursuite des thérapies intensives, précisant à ce titre que, sur le plan des aptitudes fonctionnelles, une amélioration nette dans l'intégration de la main droite avait été constatée durant le séjour.

Les médecins de la CRR n'avaient ainsi posé que des limitations fonctionnelles provisoires.

Deuxièmement, en octobre 2023, le Dr K. _____ évoquait pour la première fois un diagnostic de SDRC. La réalisation d'un bloc du ganglion stellaire était proposée.

En outre, en janvier 2024, soit durant le mois à la fin duquel la situation était considérée comme stabilisée selon la SUVA, ce même médecin relevait qu'un grand progrès avait été fait sur les douleurs du recourant. Surtout, il indiquait qu'un rendez-vous avec le Dr C. _____ était programmé pour la suite des soins et la possibilité de réaliser une radiofréquence pulsée du nerf radial superficiel était évoquée.

Ainsi, vu le nouveau diagnostic de SDRC évoqué, de même que des nouveaux traitements proposés permettant potentiellement une diminution notable des douleurs, la SUVA était tenue de continuer à prester.

13.4. En outre, quand bien même la stabilisation de l'état de santé doit être évaluée de manière prospective, les rapports et événements survenus après le 31 janvier 2024 vont également dans le sens de ce qui précède.

En effet, en mars 2024, le Dr C. _____ faisait état d'une péjoration de l'arthrose. Il proposait de tenter un traitement conservateur.

Toujours en mars 2024, il précisait, s'agissant du diagnostic de SDRC, que tant que les arthroses n'étaient pas traitées, il était difficile de parler d'un SDRC. Ainsi, un tel diagnostic n'était pas formellement écarté.

En avril 2024, il conseillait de procéder à une intervention chirurgicale, laquelle a été réalisée le 7 mai 2024. Cette opération avait au demeurant permis une amélioration de la capacité de travail selon le médecin traitant (ci-avant: consid. 12.6).

13.5. Concernant l'intervention précitée, la SUVA a considéré que celle-ci devait être analysée comme une rechute, le médecin d'assurance reconnaissant que le dommage sur lequel elle avait porté était imputable à l'accident du 28 juin 2016.

La reconnaissance par la SUVA de sa responsabilité pour cette intervention va toutefois plutôt dans le sens d'une absence de stabilisation de l'état de santé du recourant. Plus précisément, on ne peut considérer que l'atteinte à la santé ayant nécessité une intervention en mai 2024 était guérie ou à tout le moins stabilisée en janvier 2024, soit moins de 4 mois auparavant.

13.6. Au vu de tout ce qui précède, vu le dossier à disposition, la SUVA ne pouvait considérer qu'au 31 janvier 2024, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et, par conséquent, mettre un terme à cette date au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical.

Il n'y a dès lors pas lieu d'analyser le droit à la rente ainsi que le droit à l'IPAI, également remis en cause par le recourant.

14.

Sort du recours, frais de procédure et indemnité de partie

14.1. La fin du versement des indemnités journalières et de la prise en charge du traitement médical au 31 janvier 2024 ne peut pas être confirmée. La SUVA est ainsi tenue de prêter au-delà de cette date. En l'absence de stabilisation de l'état de santé, il ne pouvait par ailleurs pas être statué sur le droit à la rente et à l'IPAI.

Par conséquent, le recours est admis et la décision attaquée modifiée dans ce sens que le droit aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical est maintenu au-delà du 31 janvier 2024. Elle est par ailleurs annulée en tant qu'elle porte sur le droit à la rente et à l'IPAI.

14.2. Vu le principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de procédure.

14.3. Selon l'art. 137 al. 1 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), l'autorité de la juridiction administrative alloue, sur requête, à la

partie qui obtient gain de cause une indemnité pour les frais nécessaires qu'elle a engagés pour la défense de ses intérêts.

Conformément à l'art. 8 du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12), les honoraires alloués pour la représentation ou l'assistance de la partie sont fixés entre CHF 200.- et CHF 10'000.-. Dans les affaires d'une ampleur ou d'une complexité particulière, le maximum s'élève à CHF 40'000.-. La fixation des honoraires dus à titre de dépens a lieu sur la base d'un tarif horaire de CHF 250.-. Quant aux débours nécessaires à la conduite de l'affaire, ils sont remboursés au prix coûtant (art. 9 al. 1 Tarif JA). Pour les photocopies effectuées par le mandataire, il est calculé 40 centimes par copie isolée (art. 9 al. 2 Tarif JA).

En l'espèce, la liste de frais transmise par le mandataire du recourant fait état d'un temps de travail de 10 heures et 50 minutes, soit un montant de CHF 2'708.30 à titre d'honoraires (CHF 250.- / heure), ainsi que CHF 79.40 de débours.

Ce nombre d'heures et le montant des débours, raisonnables, peuvent être admis.

Ainsi, l'indemnité de partie se monte à un montant total de CHF 3'013.50, correspondant à CHF 2'708.30 d'honoraires, CHF 79.40 de débours et CHF 225.80 de TVA (8.1%). Ce montant est mis à la charge de la SUVA.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

I. Le recours est admis.

Partant, la décision sur opposition du 10 octobre 2024 est modifiée en ce sens que le droit aux indemnités journalières et à la prise en charge des frais médicaux est maintenu au-delà du 31 janvier 2024. Elle est annulée en tant qu'elle porte sur le droit à la rente et à l'IPAI.

II. Il n'est pas perçu de frais de procédure.

III. Une indemnité de partie de CHF 3'013.50, TVA de CHF 225.80 (8.1%) comprise, 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 30 avril 2026/anm

Le Président

La Greffière