



**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 2025 12

Arrêt du 8 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 Charles Guerry, avocat,

contre

SUVA, autorité intimée

Objet

Assurance-accidents – autorité de l'arrêt de renvoi – droit à la rente –
capacité de travail

Recours du 16 janvier 2025 contre la décision sur opposition du
18 décembre 2024

considérant en fait

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

Le 6 septembre 2007, il a été victime d'un accident sur son lieu de travail, lors duquel il a été blessé au genou gauche.

Pour les suites de cet accident, la SUVA a alloué des prestations d'assurance, notamment le versement d'indemnités journalières et la prise en charge des frais médicaux jusqu'en janvier 2008, A. _____ ayant pu reprendre son travail à 100% dès cette date.

Suite à une recrudescence des douleurs, une rechute a été annoncée le 28 août 2009.

B. La SUVA a pris en charge le cas jusqu'en début d'année 2010, l'assuré ayant pu reprendre le travail.

Le 15 janvier 2013, une nouvelle rechute a été annoncée dès le 5 septembre 2012, toutefois sans incapacité de travail.

Le 3 avril 2017, une troisième rechute a été annoncée dès le 31 mars 2017, pour laquelle la SUVA a repris le versement des prestations d'assurance.

C. Dans un courrier du 24 juillet 2019, la SUVA indiquait mettre fin au paiement des frais de soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2019, considérant que, dès cette date, l'état de santé serait stabilisé.

Par décision du 31 juillet 2019, confirmée sur opposition le 17 mars 2021, la SUVA a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI) correspondant à un taux de 30%. Elle a en outre confirmé le terme du versement de l'indemnité journalière au 30 septembre 2019.

Statuant sur recours par arrêt TC FR 605 2021 96 du 1^{er} avril 2022, la Cour de céans a annulé la décision sur opposition précitée, constatant notamment que le dossier constitué par la SUVA ne permettait pas de se prononcer sur la question de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Il se justifiait donc de renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour complément d'instruction.

À la suite de l'arrêt de renvoi, la SUVA a mis en œuvre une expertise, confiée à un spécialiste externe en chirurgie orthopédique.

Dans son rapport rendu le 16 décembre 2022, l'expert indiquait que, en réalité, l'événement du 6 septembre 2007 n'avait induit qu'une aggravation transitoire de l'état de santé, de sorte qu'un *statu quo sine* (= *état de santé sans la survenance de l'accident*) aurait dû être constaté à la fin du premier traitement qui s'était terminé en fin d'année 2007 et qui avait permis la reprise du travail.

Dans un complément d'expertise, il précisait que les différentes rechutes annoncées n'étaient pas en relation de causalité avec l'événement du 6 septembre 2007, mais avec des anciens troubles de santé préexistants.

D. Par décision du 3 novembre 2023, confirmée sur opposition le 18 décembre 2024, la SUVA a mis fin aux prestations d'assurance versées jusqu'alors (indemnités journalières et frais de traitement), considérant, sur la base de l'expertise, que les troubles au genou gauche n'avaient plus aucun lien de causalité avec l'accident du 6 septembre 2007, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident précité pouvant être considéré comme atteint au plus tard le 2 décembre 2007.

La SUVA précisait renoncer à demander le remboursement des prestations payées à tort.

E. Le 16 janvier 2025, A. _____, agissant par son mandataire, interjette recours à l'encontre de la décision sur opposition, concluant à son annulation et, principalement, à ce qu'une rente d'invalidité de 42% lui soit allouée dès le 1^{er} octobre 2019, subsidiairement, au renvoi de la cause à la SUVA pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise orthopédique et nouvelle décision.

Il soutient notamment que, compte tenu de l'arrêt de renvoi du 1^{er} avril 2022, la SUVA n'était pas habilitée à remettre en cause le rapport de causalité naturelle entre l'accident et ses troubles.

Le 3 mars 2025, la SUVA fait parvenir ses observations, concluant au rejet du recours.

Le 9 avril 2025, le recourant indique ne pas avoir de contre-observations à formuler.

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

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 sur opposition attaquée, le recours est recevable.

2.

Règles relatives au principe de l'autorité de l'arrêt de renvoi

2.1. Selon l'art. 98 al. 2 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), en cas d'annulation de la décision querellée, l'autorité de recours statue elle-même sur l'affaire ou la renvoie à l'autorité inférieure, s'il y a lieu avec des instructions impératives.

D'après un principe général applicable dans la procédure administrative, lorsqu'une autorité de recours statue par une décision de renvoi, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée, de même que celle qui a rendu la décision sur recours sont tenues de se conformer aux instructions du jugement de renvoi. Ainsi, l'autorité inférieure doit fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit du jugement de renvoi. L'autorité inférieure voit alors sa latitude de jugement limitée par les motifs du

jugement de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a été déjà définitivement tranché par l'autorité de recours, laquelle ne saurait, de son côté, revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (arrêts TF 9C_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 6.2; 9C_522/2007 du 17 juin 2008 consid. 3.1 et 3.3.1).

C'est le principe de l'autorité de l'arrêt de renvoi (« *Bindungswirkung* »; ATF 135 III 334 consid. 2; arrêt TF 9C_522/2007 du 17 juin 2008 consid. 3.1).

2.2. En vertu de ce principe, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée est tenue de fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit de l'arrêt du tribunal. Elle est ainsi liée par ce qui a déjà été définitivement tranché et par les constatations de fait qui n'ont pas été attaquées devant lui ou l'ont été sans succès. Les considérants en droit de l'arrêt retournant la cause pour nouvelle décision à l'autorité cantonale lient aussi le tribunal et les parties. Par conséquent, la nouvelle décision ne peut plus faire l'objet de griefs que le tribunal avait expressément rejetés dans l'arrêt de renvoi ou qu'il n'avait pas eu à examiner, faute pour les parties de les avoir invoqués dans la première procédure de recours, alors qu'elles pouvaient - et devaient - le faire. La portée de l'arrêt de renvoi dépend donc du contenu de cet arrêt en relation avec les mémoires de recours et de réponse qui avaient été déposés (arrêt TF 8C_3/2022 du 18 janvier 2023 consid. 2.2 et les références).

La motivation de l'arrêt de renvoi détermine dans quelle mesure l'autorité est liée à la première décision, prononcé de renvoi qui fixe aussi bien le cadre du nouvel état de fait que celui de la nouvelle motivation juridique; les faits nouveaux ne peuvent être pris en considération que sur les points ayant fait l'objet du renvoi, lesquels ne peuvent être ni étendus, ni fondés sur une base juridique nouvelle. La seule exception à ce principe est le cas où un nouvel élément d'appréciation apparaissant au cours de l'instruction complémentaire rend superflue l'administration d'autres preuves (arrêt TF 1B_302/2020 du 15 février 2021 consid. 3.1 et les références).

3.

Règles relatives à la notion d'accident et au lien de causalité

3.1. 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.

L'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) précise qu'est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

3.2. 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 l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 142 V 435 consid. 1; arrêt TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1).

Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. Pour que cette condition soit remplie, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré soit 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 (arrêt TF 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1; ATF 129 V 177 consid. 3.2; 117 V 359 consid. 4b).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références).

3.3. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références citées).

En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales, étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (arrêt TF 8C_461/2023 du 8 février 2024 consid. 3 et les références).

Même à supposer l'implication de troubles dégénératifs préexistants, l'origine exclusivement malade doit être établie. Sans quoi, même s'il existait un état maladif antérieur, l'assureur-accidents est tenu de prendre en charge les suites de l'accident aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas établi (arrêt TF 8C_461/2023 du 8 février 2024 consid. 4.3.1.1).

4.

Règles relatives au droit à une rente d'invalidité

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

4.2. 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).

Selon l'art. 7 LPGA, cette incapacité de gain peut résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Ainsi, en vertu de l'art. 7 al. 2 LPGA, les facteurs extra-médicaux (p.ex. des facteurs psychosociaux et socioculturels) ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain (ATF 143 V 418 consid. 8.1 et les références; 127 V 294 consid. 5a).

4.3. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que, pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2a et les références). Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 133 V 549 consid. 6.1).

La jurisprudence a confirmé que l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents et inversement (ATF 131 V 362 et 133 V 549). Les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité sont donc indépendantes (arrêt TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3). L'assureur-accidents n'a en effet pas qualité pour formuler des objections contre le projet de décision ou pour recourir contre la décision de l'Office AI sur le droit à la rente en tant que tel ou sur le degré d'invalidité, et l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour lui (ATF 131 V 362).

D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (arrêt TF U84/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2.3.1). Il en va de même lorsque les atteintes prises en compte par l'assurance-invalidité ne présentent pas toutes un lien de causalité avec l'accident (arrêt TF 8C_517/2007 du 16 septembre 2008 consid. 4.1).

5.

Règles relatives au calcul de la rente d'invalidité

5.1. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale de comparaison des revenus; arrêt TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1 et les références).

5.2. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (arrêt TF 8C_50/2022, 8C_76/2022 du 11 août 2022 consid. 5.1.1 et les références).

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et les références).

5.3. En ce qui concerne le revenu d'invalidé, on tient compte de la perte de gain effective si on peut admettre que la personne assurée utilise au mieux sa capacité résiduelle de travail et si le revenu obtenu est en adéquation avec la prestation fournie. On se fonde sur un revenu hypothétique lorsque la personne assurée ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident (FRÉSARD-FELLAY, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, 2015, § 286 p. 421).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu avec invalidité peut être évalué sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS). Aux fins de déterminer le revenu d'invalidé, le salaire fixé sur cette base peut à certaines conditions faire l'objet d'un abattement de 25 % au plus (ATF 148 V 174 consid. 6.3; 129 V 472 consid. 4.2.3; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

5.4. Selon la jurisprudence constante, il faut en effet prendre en considération, dans l'application des données statistiques de l'ESS, le fait que les personnes qui présentent une atteinte à la santé et sont limitées même dans l'exécution de travaux légers subissent, selon l'expérience générale, un désavantage salarial en comparaison avec les travailleurs capables de fournir un plein rendement, et que leurs possibilités de réaliser un gain qui se situe dans la moyenne sont donc forcément diminuées (ATF 124 V 321; 126 V 75). Le revenu hypothétique d'invalidé, tel qu'il résulte des données statistiques de l'ESS, peut et doit en règle générale être réduit en conséquence (MOSER-SZELESS/CASTELLA, Commentaire romand LPGA, art. 16 n. 36 et les références).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3; 126 V 75 consid. 5b/bb; arrêts

TF 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 3.3; 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 8.3.1 *in* SVR 2019 UV n° 5 p. 18). A cet effet, l'administration jouit d'un large pouvoir d'appréciation et le juge ne peut s'en écarter et y substituer son appréciation sans motif pertinent (ATF 126 V 75; arrêt TF I 724/2002 du 10 janvier 2003).

Concernant l'abattement pour les limitations fonctionnelles, une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (arrêt TF 8C_716/2021 du 12 octobre 2022 consid. 6 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.

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).

7.

Objet du litige

En l'espèce, est dans un premier temps litigieux le lien de causalité entre les troubles au genou gauche et l'accident du 6 septembre 2007 au-delà du 2 décembre 2007 et, dans un second temps, le droit à la rente d'invalidité.

Se fondant sur les conclusions de l'expert, la SUVA a considéré que les troubles au genou gauche n'avaient plus aucun lien de causalité avec l'accident du 6 septembre 2007, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident précité pouvant être considéré comme atteint au plus tard le 2 décembre 2007.

Ainsi, dès cette date, le droit aux prestations d'assurance aurait dû être nié.

Pour sa part, le recourant soutient que la SUVA n'était pas habilitée à remettre en cause le rapport de causalité naturelle, confirmé, selon lui, dans un précédent jugement de la Cour. Ainsi, elle aurait dû constater que les suites de l'accident avaient continué à limiter sa capacité de travail au-delà du 30 septembre 2019, de sorte que le droit à la rente d'invalidité devait lui être reconnu.

Pour traiter de ces questions, il convient de revenir sur l'atteinte à la santé et ses suites.

8.

Accident, évolution de l'état de santé et prise en charge assécurologique

8.1. Accident du 6 septembre 2007

Le 6 septembre 2007, le recourant, façonneur de fers à béton né en 1967, s'est « *tordu* » le genou gauche en « *loupant* » une marche en descendant d'une machine sur son lieu de travail (doc. 2).

Une incapacité de travail totale a été attestée dès le 18 septembre 2007 (doc. 3 s.).

Le 20 septembre 2007, une IRM du genou gauche a été effectuée, laquelle mettait en évidence notamment une contusion osseuse sous-chondrale latérale du condyle fémoral interne avec élongation sous forme d'une déchirure partielle du ligament latéral interne se traduisant par une atteinte profonde du ligament ménisco-fémoral, une déchirure complète du ligament croisé antérieur qui pouvait être ancienne, ainsi qu'une déchirure du corps et de la corne postérieure du ménisque externe avec lésions ostéochondrales dégénératives pluri-focales (doc. 6).

Pour les suites de cet accident, la SUVA a alloué des prestations jusqu'au 6 janvier 2008, date à laquelle le recourant a pu reprendre son travail à 100% (doc. 19).

8.2. Première rechute et opération du 14 avril 2009

Suite à une recrudescence des douleurs, une nouvelle IRM du genou gauche a été effectuée le 24 juin 2008. A cette occasion, les conclusions suivantes avaient été retenues: probables séquelles d'une entorse grave, ayant entraîné une rupture totale du ligament croisé antérieur, une lésion du ménisque externe, probablement également ancienne et, également, un foyer d'ostéochondrite incomplet du condyle fémoral externe (doc. 12).

Une rechute a dès lors été annoncée à la SUVA dès le 2 septembre 2009 (doc. 26).

Le 14 avril 2009, le recourant a subi une arthroscopie du genou gauche, effectuée par le Dr C. _____, médecin traitant, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (doc. 33).

L'assuré a ensuite pu reprendre le travail à 50% le 14 septembre 2009. A ce titre, le Dr D. _____, médecin d'assurance, spécialiste en médecine générale, indiquait que cette incapacité de travail était justifiée (doc. 56).

Dès le début de l'année 2010, le recourant a repris le travail à 100%.

Le 23 février 2011, il a été vu par le médecin d'assurance précité, lequel a constaté une évolution favorable.

Il relevait que le recourant présentait une amyotrophie du mollet droit et précisait qu'il présentait, depuis la naissance, un problème avec la jambe droite qui était hypotrophique (= *défaut de développement*). La jambe droite était légèrement plus courte et le pied droit présentait un affaissement par rapport au pied gauche (doc. 73).

8.3. *Deuxième rechute*

Le 15 janvier 2013, l'employeur du recourant a annoncé une nouvelle rechute dès le 5 septembre 2012, sans incapacité de travail (doc. 81).

Dans un rapport du 12 août 2013, le Dr C. _____ relevait que le recourant l'avait reconsulté au mois de septembre 2012 en raison de la réapparition de douleurs. Il avait constaté la présence d'une lésion arthrosique du compartiment externe ainsi qu'une importante lésion méniscale externe, qualifiée d'« *arthrose post-traumatique du genou gauche* », nécessitant à moyen terme l'implantation d'une prothèse totale du genou (doc. 90).

A ce stade, la SUVA estimait qu'il s'agissait du « *développement progressif d'une arthrose qui était inexistante lors du bilan final du 24.02.2011* » et que la question de la prise en charge d'éventuelles opérations futures serait examinée le moment venu (dossier SUVA, pièce 93).

8.4. *Troisième rechute et interventions des 31 mars 2017 et 2 juin 2017*

Dans un rapport du 8 février 2017, le Dr C. _____ indiquait que son patient l'avait consulté à nouveau le 23 janvier 2017 en raison de « *sensation de craquement et de lâchage itératif dans le genou gauche et de douleurs aiguës* ».

Il lui avait alors proposé une première arthroscopie, réalisée le 31 mars 2017, en vue de décider de la pose d'une prothèse totale du genou (doc. 97 et 114).

L'employeur de l'assuré a alors annoncé le cas à la SUVA en tant que rechute avec une nouvelle incapacité de travail dès le 31 mars 2017 (doc. 101).

Le 23 mars 2017, le Dr E. _____, médecin d'assurance, spécialiste en médecine interne générale, indiquait que le lien de causalité avec l'accident devait être admis en l'état du dossier (doc. 99).

Le 3 mai 2017, le Dr C. _____ relevait que l'arthroscopie du 31 mars 2017 avait permis de confirmer l'indication d'une prothèse unicompartmentale externe du genou gauche (doc. 110).

Le 1^{er} juin 2017, le Dr E. _____ mentionnait que la mise en place d'une telle prothèse était médicalement justifiée et en lien avec l'événement du 6 septembre 2007 (doc. 112).

Le 2 juin 2017, la prothèse a été mise en place (doc. 119).

8.5. *Intervention du 27 février 2018 et évolution*

Le 5 décembre 2017, le Dr C. _____ relevait qu'une nouvelle intervention était agendée au 27 février 2018, soit une replastie du ligament croisé antérieur (doc. 139).

Le 7 décembre 2017, le Dr E. _____ mentionnait que l'indication opératoire précitée devait être discutée avec un orthopédiste (doc. 151).

Le 2 février 2018, la Dre F. _____, médecin d'assurance, spécialiste en chirurgie orthopédique, indiquait que l'incapacité de travail était pour le moins toujours probablement en lien de causalité avec l'accident.

L'intervention prévue le 27 février 2018 apparaissait comme nécessaire pour obtenir un bon résultat de la prothèse partielle (doc. 163).

Le 27 février 2018, le recourant a subi une arthroscopie du genou gauche (doc. 173).

8.6. *Examens par la médecin d'assurance*

Le 20 septembre 2018, le recourant a été examiné par la Dre F. _____.

D'un point de vue médical, au vu des plaintes et du contexte, on ne pouvait pas considérer l'état de santé comme stabilisé.

D'un point de vue asséculoologique, quelle que soit la solution thérapeutique adaptée, le retour vers l'ancienne activité apparaissait comme irréaliste. L'incapacité professionnelle demeurerait totale.

Le recourant pouvait poursuivre ses séances de physiothérapie concernant le genou (doc. 216).

Le 19 juillet 2019, le recourant a été vu une nouvelle fois par la Dre F. _____.

Cette dernière relevait que la situation était stabilisée, dans la mesure où la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche n'apporterait pas d'amélioration notable de l'état clinique.

Sur le plan asséculoologique, une pleine capacité de travail pouvait être reconnue dans une activité essentiellement sédentaire qui autorisait le recourant à pouvoir changer régulièrement de position, avec un poste de travail offrant un certain espace pour ses membres inférieurs.

Les positions contraignantes pour les genoux, telles que les positions accroupies ou les positions à genoux étaient à proscrire. Il en était de même pour les ports de charges même moyennes si elles étaient effectuées de façon répétitive, ainsi que pour toute activité qui nécessitait une marche prolongée ou des montées et descentes d'escaliers ou d'échafaudages de façon répétitive (doc. 272).

8.7. *Fin des indemnités journalières et refus de rente*

8.7.1. Dans un courrier du 24 juillet 2019, la SUVA indiquait mettre fin au paiement des frais de soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2019 (doc. 275).

Par décision du 31 juillet 2019, la SUVA a refusé le droit à une rente d'invalidité, mais a alloué une IPAI de 30% (doc. 283).

Le 23 avril 2020, la Dre F. _____ confirmait, suite à l'opposition du recourant, que la stabilisation de l'état de santé était effectivement acquise au 30 septembre 2019. Elle confirmait l'exigibilité définie lors de l'examen médical du 19 juillet 2019 (doc. 333).

8.7.2. Dans une appréciation du 2 décembre 2020, le Dr G. _____, médecin d'assurance, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, mentionnait que, puisque les divers intervenants considéraient qu'une intervention chirurgicale supplémentaire n'améliorerait pas l'état de santé du

recourant et que ce dernier s'opposait à une infiltration test des *rami geniculares*, l'état de santé était considéré comme stabilisé.

La poursuite de la prise en charge des infiltrations du nerf saphène, afin d'éviter une péjoration de l'état de santé, était opportune, ce qui n'allait cependant pas à l'encontre de l'appréciation d'un état de santé stabilisé.

L'activité professionnelle antérieure du recourant n'était plus exigible.

En revanche, une activité professionnelle adaptée était exigible à 100%, laquelle devait toutefois respecter les limitations fonctionnelles suivantes: position ergonomique pour les membres inférieurs, éviter les positions à genoux et accroupies, les ports de charge de plus de 10 kg répétitifs, les marches prolongées à plat et en terrain accidenté, les montées et descentes d'escaliers répétitives, tout comme d'échafaudages ou d'échelles.

Une activité sédentaire, avec la possibilité d'alterner les positions assises et debout, était à préconiser (doc. 356).

8.7.3. Par décision sur opposition du 17 mars 2021, la SUVA a confirmé sa décision du 31 juillet 2019.

Elle précisait que le litige portait essentiellement sur le point de savoir si l'état de santé était stabilisé au 30 septembre 2019, subsidiairement sur le refus de reconnaître le droit à une rente d'invalidité.

Concernant la première question, la SUVA confirmait le terme du versement de l'indemnité journalière au 30 septembre 2019 (doc. 364).

8.7.4. Le 15 avril 2021, le recourant a formé recours contre la décision précitée. Il invoquait une constatation inexacte des faits dès lors que l'exigibilité retenue par la SUVA avait été fixée sans tenir compte de l'impact sur la capacité de travail des sévères douleurs chroniques dont il souffrait à son genou (doc. 368).

Dans ses observations, la SUVA précisait que le litige portait sur le refus de reconnaître le droit à une rente d'invalidité, plus spécifiquement sur la capacité résiduelle de travail du recourant (doc. 383).

Par arrêt du 1^{er} avril 2022, la Cour de céans a admis le recours.

Dans son arrêt, elle a relevé que seule l'appréciation par la SUVA de la capacité de travail résiduelle du recourant et, partant, le droit à une rente, étaient litigieux. La stabilisation de l'état de santé au 30 septembre 2019 n'était en revanche plus contestée (consid. 5).

La Cour a ensuite constaté, en lien avec la question de la capacité résiduelle dans une activité adaptée, que deux points de vue étaient opposés. En procédant à un examen des avis médicaux sous l'angle de leur force probante, elle a ensuite indiqué ne pas être en mesure de se prononcer sur la base du dossier constitué par la SUVA. Il se justifiait donc de renvoyer la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction, confié à un médecin spécialiste externe, qui devait se prononcer expressément sur la capacité résiduelle dans une activité adaptée, compte tenu de l'ensemble de la symptomatologie présentée par le recourant (consid. 6).

8.8. Expertise orthopédique et suites

8.8.1. Suite à l'arrêt de renvoi précité, la SUVA a mis en œuvre une expertise confiée au Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Des questions en lien avec les limitations objectives et la capacité de travail dans une activité exigible lui ont été posées (doc. 406).

Le 25 août 2022, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après: OAI), saisi d'une demande de prestations du recourant, a requis auprès de la SUVA que l'expertise soit menée conjointement avec lui (doc. 406).

8.8.2. Le 16 décembre 2022, le Dr H. _____ a rendu son rapport d'expertise.

Il a relevé que le premier problème chez le recourant était lié à une malformation congénitale du membre inférieur droit. Cela avait induit depuis des années un problème de bascule du bassin d'environ 3 cm en défaveur du côté droit, lié à ce raccourcissement. Cela s'accompagnait également d'une amyotrophie chronique de ce membre, aussi bien au niveau de la cuisse que du mollet.

Cette pathologie induisait inévitablement une mauvaise démarche depuis l'enfance.

Ce raccourcissement du membre inférieur droit induisait un pseudo genou valgum (= *déformation où les genoux se touchent tandis que les chevilles sont écartées*) fonctionnel à la marche, entraînant inévitablement une surcharge rotatoire du compartiment externe de la jambe gauche.

L'événement du 6 septembre 2007 n'avait induit qu'une aggravation transitoire et un *statu quo sine* aurait dû être posé à la fin du premier traitement qui s'était terminé le 23 novembre 2007 permettant la reprise du travail.

Le second problème était depuis 2017 le choix de traitement effectué par le Dr C. _____.

Sur le plan professionnel, il était clair qu'une activité se passant essentiellement debout à piétiner sur place, à soulever des objets plus ou moins lourds, à se déplacer fréquemment sur des sols irréguliers, à monter ou à descendre des pentes et/ou des escaliers ainsi que des échafaudages ou des échelles, n'était plus exigible.

En revanche, même en l'état actuel, dans une position essentiellement assise et ergonomique pour les membres inférieurs, qui évitait les positions à genoux ou accroupies, le port de charge supérieure à 10 kg de manière répétitive, les marches prolongées à plat en terrain accidenté, les montées et descentes d'escalier répétitives, tout comme d'échafaudages ou d'échelles, une capacité de travail pouvait être exigée.

Cependant, il paraissait difficile de retenir que la capacité de travail soit totale. Dans ce contexte, il était probable qu'une capacité d'au moins 50% sans baisse de rendement pouvait être reconnue, si le recourant travaillait tous les matins et gardait les après-midis pour se reposer.

Il n'était pas impossible que la capacité de travail soit même supérieure, mais cela demandait une évaluation fonctionnelle par l'AI.

Après le changement de prothèse, s'il avait lieu, ce point devait être rediscuté, puisqu'on pouvait espérer une nette amélioration qui devrait permettre l'augmentation de cette capacité à 100%, avec peut-être une petite baisse de rendement.

En définitive, le temps de présence maximal dans une activité adaptée était de 4h15 à 6h30, soit un taux de 50% à 75% (doc. 412).

8.8.3. Dans un rapport du 2 février 2023, le Dr C. _____ indiquait que, selon les notes au dossier, il était clair que le recourant présentait des séquelles de son traumatisme avec instabilité chronique du genou sur déchirure du ligament croisé antérieur. Le dossier à disposition ne contenait pas d'élément anamnestique pour confirmer les dires de l'expert selon lesquels la déchirure du ligament croisé antérieur était secondaire à une lésion dégénérative de ce ligament.

Il était clair que ce traumatisme du 6 septembre 2007 avait entraîné pour le moins une décompensation de ce genou et que malheureusement le recourant n'avait jamais véritablement récupéré. En effet, d'après les notes au dossier, le recourant ne se plaignait pas de douleurs de son genou gauche avant l'accident. Il avait ensuite repris le travail en 2008, ce qui avait entraîné des douleurs chroniques persistantes (doc. 419).

8.8.4. Le 3 mars 2023, le Dr G. _____ a mentionné que, du point de vue formel, l'expertise apparaissait répondre aux requis d'un rapport d'expertise médicale, dans le sens que celle-ci était claire et bien détaillée, argumentée, notamment avec la comparaison de l'imagerie réalisée.

Toutefois, il était important de faire préciser à l'expert certaines de ses réponses, notamment en relation avec le lien de causalité (doc. 420).

8.8.5. Le 24 mars 2023, le Dr H. _____ a répondu aux questions complémentaires posées par la SUVA.

Il a mentionné que les diagnostics de contusions osseuses du bord interne du condyle fémoral médial du genou gauche étaient en lien de causalité avec l'accident du 6 septembre 2007.

Il a confirmé que cet accident n'avait entraîné qu'une aggravation transitoire avec un *statu quo sine* atteint le 23 novembre 2007.

Les différentes rechutes annoncées n'étaient par contre pas en relation de causalité avec l'événement du 6 septembre 2007 mais avec les anciens troubles de la santé préexistants.

Il a précisé que dans son rapport d'expertise, les réponses aux questions concernant la capacité de travail avaient été formulées d'un point de vue général tenant compte de toutes les atteintes à la santé. Bien évidemment, les incapacités de travail retenues n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 6 septembre 2007, puisqu'un *statu quo sine* avait été posé.

Seule l'incapacité de travail à 100% du 18 septembre 2007 au 2 décembre 2007 était à la charge de l'assurance-accidents.

Les différentes rechutes étaient en relation avec une différence de longueur des membres inférieurs d'origine congénitale associée à la découverte fortuite d'une ancienne lésion du ligament croisé antérieur qui n'avait pas pu être attribuée à un autre traumatisme (doc. 427).

8.8.6. Sur cette base, la SUVA a, par décision du 3 novembre 2023, mis fin aux prestations d'assurance versées jusqu'alors (indemnités journalières et frais de traitement), considérant que les troubles au genou gauche n'avaient plus aucun lien avec l'accident du 6 septembre 2007, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident précité pouvant être considéré comme atteint, au plus tard, depuis le 2 décembre 2007.

Elle a renoncé à demander le remboursement des prestations payées à tort (doc. 441).

8.8.7. Le 11 décembre 2023, l'OAI a transmis à la SUVA un rapport de l'Organisation romande d'intégration et de formation professionnelle (ci-après: ORIF), auprès duquel le recourant avait participé à une mesure de réadaptation du 28 août 2023 au 30 novembre 2023.

L'objectif était une présence de 2 heures par jour, avec une augmentation progressive jusqu'à 4 heures. Le recourant n'avait pas été en mesure d'augmenter son taux de travail.

Les activités réalisées consistaient en de la soudure à l'étain en fil de cuivre, la réalisation de vitraux, ainsi que la sous-traitance (collage de support sur four en plastique).

Le recourant s'était présenté à l'atelier avec des cannes. Il travaillait exclusivement en position assise. Ses déplacements en atelier étaient compliqués, se faisant tous, avec ses cannes (doc. 446).

8.8.8. Par décision sur opposition du 18 décembre 2024, la SUVA a confirmé sa décision du 3 novembre 2023.

8.9. *Projets de décision successifs de l'OAI*

Le 22 avril 2024, l'OAI a établi un projet de décision allant dans le sens d'un rejet de la demande de rente déposée par le recourant.

Il était précisé qu'une expertise en orthopédie avait été mise en œuvre auprès du Dr I._____. Il ressortait de cette expertise que la baisse du taux de capacité de travail n'était pas expliquée par des motifs médicaux.

Sur une telle base, le recourant était apte à exercer une activité adaptée à son état de santé à plein temps, avec une baisse de rendement de 20% en raison des douleurs et pauses nécessaires, soit une capacité finale exigible de 80%, et ce depuis le mois de juin 2018. Il en résultait un degré d'invalidité de 20.48%, lequel n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-invalidité (doc. 451).

Le 18 juillet 2024, l'OAI a établi un nouveau projet de décision, annulant et remplaçant le précédent, dans le sens de l'octroi d'une rente entière pour une durée limitée du 1^{er} mars 2018 au 31 août 2018 (doc. 454).

Dans le cadre de la présente procédure de recours, le recourant a transmis un troisième projet de décision établi le 6 janvier 2025 par l'OAI.

Il ressort de ce projet que l'OAI entendait allouer au recourant une rente d'invalidité entière pour une durée limitée du 1^{er} mars 2018 au 31 août 2018, ainsi qu'une rente d'invalidité à un taux de 32.5% dès le 1^{er} janvier 2024.

L'OAI expliquait que l'expertise médicale mise en œuvre auprès du Dr I._____ n'avait pas été jugée probante.

Pour déterminer la capacité de travail résiduelle exigible, un taux de 62% dans une activité adaptée avait ainsi été fixé dès le 1^{er} septembre 2018, sur la base de l'expertise du Dr H._____ qui retenait une capacité de travail se situant entre 50% et 75% et vu l'avis du médecin traitant, lequel retenait une capacité de travail entre 5 à 6 heures par jour avec un rendement diminué.

Du 1^{er} septembre 2018 au 31 décembre 2023, le recourant présentait ainsi un degré d'invalidité de 36%, ce qui ne lui ouvrait pas le droit à la rente, ce taux étant inférieur à 40% (cf. art. 28 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]).

En revanche, à partir du 1^{er} janvier 2024, conformément à la nouvelle réglementation prévue par l'art. 26^{bis} al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) entré en vigueur à cette date, un abattement forfaitaire de 10% devait être appliqué sur le revenu d'invalidité.

Il en résultait un degré d'invalidité de 43.40 %, ouvrant le droit à une rente d'invalidité de 32.5% (doc. 459).

Dans le cadre du recours déposé dans la présente cause, le recourant indiquait qu'il entendait déposer des objections à l'encontre de ce troisième projet de décision.

9.

Discussion s'agissant du lien de causalité

9.1. Dans son recours, le recourant soutient d'abord que, compte tenu de l'arrêt de renvoi du 1^{er} avril 2022, la SUVA n'était pas habilitée à mettre en cause le rapport de causalité naturelle entre l'accident du 6 septembre 2007 et les atteintes au genou gauche.

Dans son arrêt TC FR 605 2021 96 du 1^{er} avril 2022, la Cour de céans a renvoyé la cause à la SUVA pour complément d'instruction, confié à un médecin spécialiste externe, lequel devait se prononcer sur la capacité résiduelle dans une activité adaptée, compte tenu de l'ensemble de la symptomatologie présentée par le recourant.

À la suite de cet arrêt de renvoi, la SUVA a, conformément aux instructions données par la Cour, mis en œuvre une expertise auprès d'un spécialiste externe, à qui des questions sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée ont été posées.

Ainsi, sous cet angle, la SUVA a respecté les instructions de l'arrêt de renvoi.

Toutefois, quand bien même la question du lien de causalité n'a pas été posée à l'expert, celui-ci s'est prononcé sur cette question, estimant qu'un tel lien faisait défaut entre les troubles persistant au genou gauche et l'accident.

La SUVA a suivi cette appréciation.

Dans la mesure où cette dernière n'avait nullement contesté l'existence du lien de causalité dans la première procédure de recours portant sur la décision sur opposition du 17 mars 2021, elle n'était cependant pas habilitée à revenir sur cette question.

A ce titre, il est rappelé que lorsqu'un tribunal statue par un arrêt de renvoi, l'autorité administrative à laquelle la cause est renvoyée est liée par ce qui a déjà définitivement été tranché et par les constatations de fait qui n'ont pas été attaquées. En particulier, la nouvelle décision ne peut plus faire l'objet de griefs que le tribunal n'avait pas eu à examiner, faute pour les parties de les avoir invoqués dans la première procédure de recours, alors qu'elles pouvaient et devaient le faire.

A la suite de l'arrêt de renvoi, aucuns faits ou moyens de preuve nouveaux, lesquels auraient pu justifier une révision (cf. art. 61 let. i LPG), n'ont par ailleurs été découverts, l'avis de l'expert

nouvellement mandaté constituant seulement une appréciation différente de faits déjà existants. La SUVA n'a d'ailleurs déposé aucune demande dans ce sens.

9.2. A cela s'ajoute que l'appréciation de l'expert concernant le lien de causalité, formulée rétroactivement sur une très longue période, apparaît en contradiction avec tous les médecins d'assurance et médecins traitants qui se sont prononcés dans ce dossier depuis 2007, en toute connaissance des éléments médicaux relatifs aux atteintes à la santé du recourant.

En effet, la première IRM de septembre 2007 faisait déjà état d'une déchirure qui pouvait être ancienne et de lésions dégénératives. L'IRM de 2008 indiquait également une lésion du ménisque externe, probablement ancienne.

En 2011, le médecin d'assurance ayant vu le recourant indiquait que ce dernier présentait une amyotrophie du mollet droit et présentait une jambe droite plus courte.

Sur la base de ces informations, l'ensemble des médecins d'assurance consultés par la SUVA, de même que cette dernière, n'ont pas remis en question le lien de causalité entre les troubles au genou et l'accident.

En particulier, le Dr E. _____ indiquait notamment précisément, en mars 2017, que le lien de causalité avec l'accident devait être admis. Toujours en 2017, il mentionnait que la mise en place d'une prothèse était en lien avec l'événement du 6 septembre 2007.

En février 2018, la Dre F. _____ mentionnait que l'incapacité de travail était toujours en lien de causalité avec l'accident. En 2020, ce même médecin faisait état d'un état de santé stabilisé au 30 septembre 2019.

La SUVA avait même octroyé une IPAI au recourant, considérant ainsi que l'accident avait occasionné une atteinte importante et durable à sa santé (cf. art. 24 al. 1 LAA).

Compte tenu de tout ce qui précède, la SUVA ne pouvait revenir sur ses décisions initiales d'octroyer des prestations en niant, plus de 16 ans plus tard, le lien de causalité entre les troubles au genou et l'accident sur la seule base de l'appréciation isolée de l'expert sur cette question.

9.3. Le lien de causalité entre les troubles au genou gauche persistant au-delà du 2 décembre 2007 et l'accident doit dès lors être confirmé.

10.

Discussion s'agissant du droit à la rente

10.1. Cela établi, le droit à la rente du recourant à partir du 1^{er} octobre 2019 doit être examiné.

Dans ce contexte, seule la capacité de travail du recourant à partir de cette date, dans une activité adaptée à son état de santé, reste litigieuse.

En particulier, il n'y a pas lieu de revenir sur la stabilisation de l'état de santé au 30 septembre 2019, initialement fixée par la SUVA, confirmée par l'arrêt de renvoi du 1^{er} avril 2022 et non contestée par le recourant (cf. recours ch. III p. 15).

10.2. Ce dernier, en se référant au projet de décision de l'OAI du 6 janvier 2025, soutient que sa capacité de travail dans une activité adaptée doit être évaluée à 62%.

Il ressort de ce projet de décision que, sur la base de l'avis d'un médecin traitant et de l'expertise du Dr H. _____, l'OAI a effectivement retenu une capacité de travail de 62% dès le 1^{er} septembre 2018. Dans son rapport d'expertise, l'expert était arrivé à la conclusion que, dans une activité adaptée respectant les limitations posées par la SUVA, le recourant présentait une capacité de travail comprise entre 50% et 75%.

Dans la mesure où le recourant ne remet pas en question ce taux, mais conteste uniquement l'absence d'abattement jusqu'au 31 décembre 2023 (voir ci-après: consid. 10.4), et par économie de procédure, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de l'OAI fondée notamment sur les conclusions de l'expert mandaté par la SUVA dans le cadre de ce qui apparaît comme un cas commun « pur », l'atteinte à la santé limitant le recourant dans sa capacité de travail concernant essentiellement son genou gauche.

A ce titre, il est rappelé que, conformément à l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que, pour une même atteinte à la santé, les assureurs sociaux aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité.

Dans ces circonstances, il convient de retenir que, dès le 1^{er} octobre 2019, le recourant présentait une capacité de travail de 62% dans une activité adaptée à son état de santé, soit une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes: position essentiellement assise et ergonomique pour les membres inférieurs, pas de positions à genoux ou accroupies, pas de port de charge répétitif supérieure à 10 kg, pas de marche prolongée à plat en terrain accidenté, pas de montée et descente d'escalier répétitive, pas de montée d'échafaudages ou d'échelles.

10.3. S'agissant du calcul de la rente, il y a lieu de se référer aux revenus d'invalides et de valides établis par la SUVA dans sa première décision sur opposition du 17 mars 2021.

Pour définir le revenu exigible du recourant, la SUVA s'était référée aux données statistiques de l'ESS 2016. Se rapportant à la table TA1 dans le secteur privé, total des branches économiques, niveau de compétence 1, elle avait retenu un montant mensuel de base de CHF 5'340.- pour 40 heures hebdomadaires de travail. La moyenne des heures travaillées en Suisse étant de 41.7 heures, cette valeur avait été adaptée à CHF 5'566.95, soit l'équivalent annuel de CHF 66'803.40. Enfin, de façon à tenir compte de l'indexation des salaires entre 2017 et 2019, la SUVA avait augmenté le montant précité à CHF 67'743.-.

Sur cette base, le revenu d'invalides devait, selon elle, être arrêté à CHF 42'000.- (62% de CHF 67'743.-).

Cela étant, dans la mesure où des données plus récentes, à savoir celles de l'ESS 2018, ont été publiées, il convient d'adapter ce montant, dans le sens des revendications du recourant.

Partant en adaptant le montant mensuel de base de CHF 5'317.- à la moyenne des heures travaillées de 41.7 heures, le gain annuel indexé de CHF 67'446.90 doit être retenu pour l'année 2019 (CHF 5'317.- / 40 x 41.7 x 12 x 101.4%).

Sur cette base, le revenu d'invalides doit ainsi être fixé à CHF 41'817.08 (62% de CHF 67'446.90).

10.4. S'agissant du revenu d'invalides, le recourant soutient dans son recours qu'un abattement de 10% sur le salaire statistique doit être appliqué sur le revenu d'invalides, eu égard à ses limitations fonctionnelles et au fait que seule une activité à temps partiel peut être attendue de sa part.

Il relève que, dans son projet du 6 janvier 2025, l'OAI a procédé à un tel abattement dès le 1^{er} janvier 2024, mais a omis, de manière incompréhensible, de procéder à un abattement de 10% jusqu'au 31 décembre 2023.

Sur ce point, il est toutefois relevé que la déduction opérée de 10% par l'OAI dès le 1^{er} janvier 2024 résulte de l'entrée en vigueur depuis cette date de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, lequel prévoit en assurance-invalidité un abattement forfaitaire systématique de 10%, respectivement de 20%, pour les assurés les plus diminués.

Dans des jugements récents, la Cour de céans a eu l'occasion de préciser que cette disposition n'était pas applicable, par analogie, au contentieux de l'assurance-accidents (pour les détails, voir arrêts TC FR 605 2025 30 du 5 février 2026 consid. 3.5; 605 2024 121 du 30 janvier 2026 consid. 6.2 et 605 2024 48 du 7 octobre 2025 consid. 8.3).

Par ailleurs, s'agissant des limitations fonctionnelles concrètes mentionnées par le recourant, une réduction à ce titre n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré, étant cependant précisé sur ce dernier point que l'assurance-accidents n'a pas à assumer la réadaptation de ses assurés

Or, en l'espèce et quoi qu'il en soit, le recourant n'est pas restreint par ses limitations fonctionnelles dans l'exercice d'activités légères ou moyennes.

Dans ce contexte, il n'y a pas lieu de procéder à un abattement supplémentaire pour les limitations fonctionnelles dont il est atteint.

10.5. Concernant le revenu de valide, la SUVA avait retenu un montant de CHF 62'400.-, sur la base des informations transmises par l'ancien employeur (doc. 238).

Dans la mesure où ce montant ressort directement des informations concrètes données par l'employeur pour l'année 2019, il doit être privilégié au montant de CHF 64'427.- revendiqué par le recourant sur la base des chiffres retenus par l'OAI dans son projet de décision, celui-ci résultant d'une extrapolation basée sur le compte individuel pour l'année 2016.

En procédant à la comparaison du revenu de valide et du revenu d'invalidé, il en résulte une perte de gain de 33% ($[(CHF\ 62'400.- - CHF\ 41'817.08) \times 100 / CHF\ 62'400.-]$).

Dans ces circonstances, le recourant a droit à une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 33% dès le 1^{er} octobre 2019.

11.

Sort du recours, frais de procédure et indemnité de partie

11.1. Au vu de tout ce qui précède, le lien de causalité entre les troubles persistant au genou gauche au-delà du 2 décembre 2007 et l'accident du 6 septembre 2007 est confirmé.

Dès le 1^{er} octobre 2019, le recourant présentait une capacité de travail limitée à 62% dans une activité adaptée, ce qui lui ouvre le droit à une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 33%.

Le recours doit dès lors être admis et la décision sur opposition du 18 décembre 2024 modifiée en ce sens que, dès le 1^{er} octobre 2019, une rente d'invalidité calculée sur la base d'un degré d'invalidité de 33% est allouée au recourant.

Il appartiendra à la SUVA de s'assurer, conformément à l'art. 69 LPGA, que le versement de la rente d'invalidité ne conduise pas à une surindemnisation du recourant.

11.2. La procédure étant gratuite dans les litiges en matière d'assurance-accidents (art. 61 let. f^{bis} LPGA), il n'est pas perçu de frais de procédure.

11.3. Par ailleurs, ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de partie pour ses frais de représentation (art. 137 et 140 CPJA).

Conformément à l'art. 8 al. 1 du Tarif 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).

En l'espèce, la liste de frais produite par le mandataire du recourant fait état d'un total de CHF 2'062.50 d'honoraires, soit 8 heures et 15 minutes à CHF 250.-, ainsi que de CHF 20.40 de débours.

Le nombre d'heures de travail et le montant des débours, raisonnables, peuvent être repris.

Par conséquent, il se justifie de fixer l'indemnité à CHF 2'251.60, soit CHF 2'062.50 d'honoraires, CHF 20.40 de débours et CHF 168.70 de TVA à 8.1%.

Elle est mise à la charge de la SUVA.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

I. Le recours est admis.

Partant, la décision sur opposition du 18 décembre 2024 est modifiée en ce sens que, dès le 1^{er} octobre 2019, une rente d'invalidité calculée sur la base d'un degré d'invalidité de 33% est allouée à A. _____.

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

III. Une indemnité de partie de CHF 2'251.60, TVA de CHF 168.70 (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 8 avril 2026/anm

Le Président

La Greffière