



**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 2022 23

605 2022 24

Arrêt du 1^{er} mars 2023

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :

Marc Boivin

Juges :

Marianne Jungo, Marc Sugnaux

Greffière :

Mélanie Balleyguier

Parties

A._____, **recourant**, représenté par Me Séverine Monferini
Nuoffer, avocate

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité – droit à la rente

Recours (605 2022 23) du 1^{er} février 2022 contre la décision du
17 décembre 2021

Requête (605 2022 24) d'assistance judiciaire du même jour

considérant en fait

A. A. _____, né en 1971, a travaillé en dernier lieu en qualité de transporteur de patients pour l'Hôpital cantonal de Fribourg. Il n'est pas titulaire d'un CFC.

Le 20 novembre 2018, il a été percuté au niveau du genou droit alors qu'il jouait au hockey. Il a bénéficié d'une incapacité de travail totale du 25 novembre 2018 au 5 décembre 2018.

Par la suite, faisant face à une recrudescence des douleurs, il a été consulter le Dr B. _____ qui l'a mis au bénéfice d'une incapacité de travail à 50% du 12 avril 2019 au 14 mai 2019, puis d'une incapacité de travail complète du 15 mai 2019 au 15 décembre 2020.

Deux arthroscopies du genou droit ont été pratiquées, le 15 mai 2019 et le 16 octobre 2019.

B. Le cas a été annoncé à son assureur-accidents, C. _____, qui a versé des indemnités journalières dans un premier temps avant de mandater une expertise.

Le rapport d'expertise du Dr D. _____ a été rendu le 1^{er} décembre 2020 et son rapport complémentaire le 9 juillet 2021. Par décision du 17 septembre 2021 (dossier AI doc. 76), l'assureur-accidents a mis fin à sa prise en charge à compter du 20 février 2019, soit trois mois après l'accident. En substance, il a repris les conclusions du rapport d'expertise du 1^{er} décembre 2020, lequel indiquait que la seule constatation en lien de causalité probable avec l'accident était le diagnostic de contusion antérieure du genou droit, laquelle guérissait en maximum 3 mois.

Cette décision, non contestée, est entrée en force.

Le cas a ensuite été pris en charge par l'assureur perte de gain maladie, à savoir E. _____, qui a également mis en œuvre une expertise, le rapport d'expertise du Dr F. _____ ayant été rendu le 23 février 2021.

C. Le 23 décembre 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI) en indiquant être traité depuis mi-avril pour une déchirure du ménisque.

Le 5 novembre 2021, l'OAI a rendu un projet de décision dans lequel il prévoyait de nier le droit à une rente ou à un reclassement. A l'appui de sa décision, il a retenu que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte durable à la santé avec un caractère invalidant et qu'il était dès lors en mesure de poursuivre son activité habituelle ou une activité plus légère, reprenant ainsi pour l'essentiel les conclusions de l'expert mandaté par l'assureur-accidents.

Le 17 décembre 2021, l'OAI a rendu une décision confirmant son projet du 5 novembre 2021.

D. Contre cette décision, A. _____, représenté par Me Séverine Monferini Nuoffer, avocate, interjette recours par acte du 1^{er} février 2021 par-devant le Tribunal cantonal en concluant à l'octroi d'une rente entière du 1^{er} juin 2020 au 31 décembre 2021 et d'une rente à 60.5% dès le 1^{er} janvier 2022. Pour l'essentiel, il conteste le rapport d'expertise retenu par l'OAI et considère que celui-ci a été établi dans le cadre de l'assurance-accidents, de sorte qu'il se prononce uniquement sur le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé et non pas sur une invalidité de manière globale. Par ailleurs, il soutient que les autres rapports présents au dossier permettent de poser le diagnostic

de syndrome de Sudeck et de conclure à une incapacité de travail de 50% du 12 avril 2019 au 14 mai 2019 puis de 100% du 15 mai 2019 au 27 septembre 2021 et de 50% par la suite.

Dans ses observations du 8 mars 2022, l'OAI conclut au rejet du recours. En substance, il considère que le rapport d'expertise du Dr D. _____ a pleine valeur probante, en particulier s'agissant de l'anamnèse, de l'examen clinique effectué et des considérations asséculo-logiques. Par ailleurs, il estime que l'existence d'une maladie de Sudeck n'est nullement prouvée, tout comme celle de limitations fonctionnelles.

Dans ses contre-observations du 22 août 2022, complétées le 27 septembre 2022, le recourant revient sur les raisons pour lesquelles le rapport d'expertise du 1^{er} décembre 2020 est, à son sens, dénué de valeur probante, ainsi que sur les différents rapports médicaux mentionnant une suspicion de maladie de Sudeck. Il produit également un rapport médical supplémentaire, établi le 6 septembre 2022 par le Dr F. _____.

Dans ses ultimes remarques du 27 octobre 2022, l'OAI estime que le dernier rapport médical produit ne change rien à ses conclusions et que l'existence d'une maladie de Sudeck demeure non prouvée. Par ailleurs, il souligne l'absence de séquelles objectives significatives pouvant expliquer les troubles subjectifs du recourant.

Dans sa détermination spontanée du 12 décembre 2022, le recourant produit un nouveau rapport du Dr F. _____, daté du 21 novembre 2022 et relève les différentes limitations fonctionnelles ressortant, à son sens, des rapports médicaux présents au dossier.

Dans sa détermination spontanée du 20 décembre 2022, l'OAI renvoie à ses écritures précédentes et confirme conclure au rejet du recours.

Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

Recevabilité

Interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes de fin d'année – et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable à la forme. En outre, le recourant, dûment représenté, est directement atteint par la décision querellée et possède dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, il y a lieu d'entrer en matière sur les mérites du recours.

2.

Droit applicable

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les

modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées). Les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 ne sont ici pas applicables au vu de la date de la décision querellée.

3.

Dispositions générales relatives à l'invalidité

3.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

3.2. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière.

3.3. Il découle de la 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).

Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

4.

Règles relatives à l'appréciation des preuves

Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

4.1. Dans ce domaine, 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

4.2. Pour accorder pleine valeur probante à un rapport médical, il est nécessaire que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien motivées (RAMA 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 157 et les références citées).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivés (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

4.3. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce

qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

5.

Rapports médicaux utiles à la solution du litige

Il convient de rappeler que le recourant a été victime d'un accident le 20 novembre 2018 lorsqu'un autre joueur a heurté son genou pendant un match de hockey. Dans un premier temps, il a bénéficié d'une incapacité de travail du 25 novembre 2018 au 5 décembre 2018. Après consultation de son médecin en avril 2019, celui-ci a attesté une incapacité de travail à 50% du 12 avril 2019 au 14 mai 2019, puis une incapacité de travail complète du 15 mai 2019 au 15 décembre 2020. Deux arthroscopies du genou droit ont ensuite été pratiquées, les 15 mai et 16 octobre 2019.

La question litigieuse porte sur la capacité de travail du recourant, et plus spécifiquement sur la valeur probante de l'expertise réalisée par le Dr D. _____ pour l'assureur-accidents du recourant et dont l'OAI reprend les conclusions pour retenir que le recourant ne souffre d'aucune atteinte durable et demeure pleinement capable d'exercer son activité habituelle.

5.1. Avis des médecins traitants

Dans son rapport du 25 novembre 2018, la Dre G. _____, médecin adjointe au Service des urgences du HFR, pose le diagnostic de contusion du genou droit avec un genou sans œdème, rougeur, déformation ou signe du glaçon et complètement stable.

Le 4 avril 2019, le recourant a subi une IRM du genou droit qui a fait état d'un œdème des parties molles pré-patellaires tout en excluant une déchirure méniscale.

Le 15 mai 2019, le recourant a subi une arthroscopie avec méniscectomie interne et externe partielle. Le protocole opératoire mentionne la présence de gros plica synovialis et d'une grosse synovite antérieure, tous deux enlevés au shaver ainsi que d'une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et de la corne moyenne du ménisque externe.

Dans son rapport du 12 août 2019, le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, diagnostique une déchirure des ménisques interne et externe droits. Il recommande dès lors une IRM et une intervention chirurgicale.

Le 31 juillet 2019, le recourant a subi une IRM du genou droit. En comparant les résultats de celle-ci avec une IRM réalisée le 4 avril 2019, la Dre H. _____, spécialiste en radiologie et neuroradiologie, relève une hétérogénéité de la corne postérieure du ménisque interne, sans signe de déchirure, ainsi que l'absence de lésion visible au niveau de la corne antérieure ou de signes directs ou indirects d'une déchirure du ménisque externe. Elle souligne un certain degré d'inflammation de la graisse de Hoffa et conclut à une possible hoffite tout en excluant une déchirure méniscale ou ligamentaire objectivée.

Dans ses rapports des 3 juillet, 21 octobre et 4 novembre 2019, le Dr B. _____ pose le diagnostic de déchirure de la corne postérieure et antérieure des ménisques interne et externes droits avec une synovite importante et une plica sinoviale tout aussi importante. Il rapporte ensuite les différents traitements mis en place et précise que la durée prévisible de ceux-ci ne peut pas encore être connue, tout comme la date d'une possible reprise du travail.

Le 16 octobre 2019, le recourant a subi une seconde arthroscopie avec méniscectomie interne et externe partielle. Le protocole opératoire mentionne *"peu de lésions cartilagineuses, pas différentes de celles retrouvées lors de la dernière arthroscopie. Par contre, on note une synovite extrêmement importante, prenant la moitié de l'espace fémoro-rotulien, du côté interne. Plica synovialis accompagnant cette lésion. [...] grosse synovite antérieure, toujours dans le cadre de cette Hoffite, avec une lésion de la corne antérieure du ménisque interne, mais aussi toute postérieures"*.

Le 11 décembre 2019, le recourant a subi une IRM du genou droit. Dans le rapport relatif à celle-ci, il est fait état d'une absence de modification manifeste de la forme des ménisques internes ou externes, lesquels sont encore bien présents, sans signe d'une résection étendue. Du point de vue osseux, une légère inflammation ostéo-sous-chondrale microkystique du compartiment externe, surtout du condyle en zone de charge, est mentionnée.

Le 3 février 2020, le recourant a subi une arthro-IRM du genou droit. En comparant les résultats de celle-ci avec deux précédentes IRM réalisées les 31 juillet et 11 décembre 2019, la Dre I. _____, spécialiste en radiologie et neuroradiologie, conclut à l'absence de lésion méniscale et à l'apparition d'une légère hétérogénéité de la moelle osseuse prédominant au niveau sous-cortical du côté latéral. Elle s'interroge également sur un éventuel début de Sudeck (= syndrome douloureux régional complexe, SDRC).

Dans son rapport du 5 mai 2020, le Dr J. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, mentionne l'apparition de gonalgie à droite après la seconde arthroscopie en octobre 2019, avec tuméfaction en novembre et décembre et des douleurs persistantes dès janvier. Il pose le diagnostic de gonalgie droite et dysesthésie dans la partie latérale du genou droit dans le cadre d'un possible SDRC, de status après arthroscopie du genou et de troubles digestifs.

Dans son rapport du 1^{er} juillet 2020, le Dr B. _____ pose le diagnostic d'une déchirure du ménisque externe du genou droit avec un status post-arthroscopie intervenue en 2019. Il souligne une péjoration à la marche, celle-ci étant impossible sans cannes et déclare ne pas être en mesure de poser un pronostic. Enfin, il fait état d'une incapacité de travail complète depuis le 15 mai 2019.

Dans son rapport du 8 juillet 2020, le Dr K. _____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, fait état d'une marche avec boiterie de décharge à droite mais néanmoins possible sans canne et relève une allodynie à tous les modes au niveau de la face antérieure du genou. Il pose dès lors le diagnostic de gonalgies d'allure mixte, nociceptives et neuropathiques suite à un traumatisme tout en soulignant que le recourant ne remplit pas les critères de Budapest s'agissant d'un éventuel CRPS.

Dans son rapport du 17 septembre 2020, le Dr B. _____ diagnostique un status après arthroscopie du 15 mai 2019 ainsi qu'après arthroscopie du 16 octobre 2019 pour re-déchirure des ménisques interne et externe et toilette articulaire en raison d'une Hoffite. Il revient sur le rapport d'IRM du 3 février 2020 et rejoint les conclusions de la Dre I. _____ quant à l'absence de lésion.

Dans son rapport du 15 octobre 2020, il confirme que son patient est toujours en incapacité de travail.

Le 25 novembre 2020, le recourant a subi une scintigraphie osseuse qui a conclu à une absence d'image en faveur d'une algoneurodystrophie (= SDRC ou CRPS) ou d'une atteinte inflammatoire active au niveau de genou droit.

Dans son rapport du 21 décembre 2020, le Dr K. _____ reprend son diagnostic de gonalgies d'allure mixte, nociceptives et neuropathiques suite à un traumatisme. Il relève que le recourant ne remplit pas les critères de Budapest s'agissant d'un éventuel CRPS. Il pose comme limitations fonctionnelles la marche, la position fléchie prolongée et l'appui local sur le genou, lesquels exacerbent les douleurs. Il considère que la capacité de travail du recourant est de 50% dans une activité adaptée avec la possibilité de changer de position.

Dans son rapport du 13 janvier 2021, le Dr L. _____, spécialiste en médecine générale, pose les diagnostics de douleurs au membre inférieur droit et au genou droit ainsi que de "*désespoir immense*" et considère que le recourant n'est plus en mesure d'exercer une activité impliquant de lever des éléments lourds, de ne pas pouvoir changer de position très régulièrement et qui ne ménage pas son genou droit. Cela étant, dans le cadre d'une activité pleinement adaptée à ses restrictions, il considère que le recourant est en mesure d'exercer une activité à temps plein sans diminution de rendement.

Dans son rapport du 10 mai 2021, le Dr B. _____ reprend ses diagnostics de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne à droite, déchirure de la corne moyenne du ménisque externe à droite post traumatique, plica sinoviale et synovite antérieure non secondaires à un accident. Il s'interroge également sur une éventuelle maladie de Sudeck. Il considère que l'incapacité de travail du recourant est complète dans son activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée (position assise, sans port de charge, avec une manutention légère). Par ailleurs, il critique le rapport d'expertise du Dr D. _____.

5.2. Expertise du Dr D. _____

Dans son rapport d'expertise du 1^{er} décembre 2020, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique mandaté par l'assureur-accidents du recourant pour définir la causalité des plaintes concernant le genou droit en relation avec l'événement du 20 novembre 2018, pose les diagnostics de status après contusion antérieure du genou droit le 20 novembre 2018, status après deux arthroscopies, allodynie secondaire antérieure, actuellement guérie sans séquelle, et légère amyotrophie quadricipitale droite, liée à une sous-utilisation dans le cadre d'une appréhension à la charge. Pour justifier ces diagnostics, il souligne que le recourant a initialement consulté 5 jours après le choc et que le rapport des urgences faisait état d'un genou totalement stable, ne présentant ni œdème, ni rougeur, ni déformation. Procédant à l'analyse des trois IRM, de l'arthro-IRM et de la scintigraphie osseuse présents au dossier, il arrive à la conclusion qu'aucune lésion méniscale ou de résection n'est décelable, aussi bien en interne qu'en externe.

Au niveau de la cohérence des plaintes, il relève que le recourant change son descriptif lorsqu'il est mis face à ses contradictions quant à l'intensité des douleurs ressenties. Par ailleurs, alors que les symptômes décrits diminuent (baisse des réveils nocturnes, disparition de l'allodynie au moindre toucher), l'expert souligne que le recourant désigne toujours l'intensité douloureuse à 6/10. De plus, il mentionne que l'arrivée et le départ du cabinet ainsi que le trajet vers la salle d'attente se sont

effectués sans boiterie, signe de douleurs ou usage de la canne. De même, au cours de l'entretien, le recourant n'a pas cherché de position antalgique et bougeait de manière symétrique ses membres inférieurs.

S'agissant de la présence d'un éventuel CRPS, il souligne que celui-ci n'a jamais été vraiment confirmé et que, comme le relève le Dr K. _____ dans son rapport du 8 juillet 2020, les critères de Budapest ne sont pas remplis. Enfin, au vu du SPECT-CT-scan effectué par ses soins, lequel s'avère normal, il exclut définitivement le diagnostic de CRPS. Enfin, il souligne que la première description de l'allodynie secondaire post-opératoire a eu lieu en juillet 2020, soit plus d'un an et demi après l'accident et les deux arthroscopies. Par ailleurs, cette allodynie était totalement absente lors de son propre examen et le recourant ne présente qu'une légère amyotrophie du quadriceps droit, laquelle devrait être plus importante s'il se déplaçait effectivement régulièrement avec une canne anglaise.

Il indique dès lors suspecter fortement l'existence de facteurs psycho-sociaux expliquant l'évolution de la situation du recourant, question qui sort de son champ de compétence. Pour le surplus, il conclut que les douleurs ressenties en mars 2019 qui ont poussé le recourant à consulter le Dr B. _____ ne sont que possiblement en lien avec l'accident initial.

S'agissant enfin de la capacité de travail, il considère qu'en dehors de la très légère amyotrophie de la cuisse droite, il n'existe aucun signe, sur le plan orthopédique, justifiant un arrêt partiel ou total ou une baisse de rendement dans l'emploi antérieur.

Dans son complément du 9 juillet 2021, le Dr D. _____ revient sur les critiques formulées par le Dr B. _____ et par le Dr F. _____. Il souligne également que les deux protocoles opératoires sont quasiment identiques et que les résections du ménisque sont peu détaillées. S'agissant plus particulièrement du CRPS, il relève que tant lui-même que le Dr F. _____ ont vu le recourant tardivement, ce qui ne leur a pas permis de déterminer si les critères de Budapest étaient effectivement remplis. Par ailleurs, il souligne que, malgré des douleurs qu'il qualifie d'importantes, le recourant a continué à travailler plus de quatre mois après l'accident avant de consulter un médecin. Enfin, il souligne à plusieurs reprises que la qualité des IRM a augmenté et que, à l'heure actuelle, le diagnostic de déchirure méniscale peut être posé, respectivement exclu, avec une sensibilité proche de 100%. Au vu des différents IRM réalisés, il estime dès lors douteux qu'une déchirure du ménisque ait bel et bien eu lieu.

5.3. Expertise du Dr F. _____

Dans son expertise du 23 février 2021, le Dr F. _____, chef du service "*Frailty Care*" au HFR mandaté par l'assureur perte de gain maladie du recourant, pose le diagnostic d'allodynie pré- et péri-rotulienne droite associée à une ostéoporose régionale. Il relève suspecter hautement un status post CRPS de type mixte. Il souligne la présence d'une boiterie antalgique à droite ainsi que d'une myatrophie du quadriceps droit. Il relève que si le rapport de la scintigraphie réalisée le 25 novembre 2020 ne fait état d'aucune asymétrie de fixation entre les deux genoux, pas plus que d'hypercaptation pathologique nette au regard du genou droit, les copies annexées permettent, en analysant la structure osseuse, de relever une ostéodystrophie mouchetée assez typique de la maladie de Sudeck. Cela étant, il souligne que la maladie n'est plus active aux niveaux osseux et inflammatoire mais qu'il persiste des symptômes au niveau allodynie et au niveau de la structure osseuse du condyle fémoral et de la rotule. Il constate que l'allodynie réagit à chaque flexion et contraction du quadriceps et considère que les douleurs du recourant sont absolument

compréhensibles et cohérentes. Il estime enfin que la capacité de travail ne peut pas être déterminée tant que le traitement antalgique n'est pas optimisé.

Dans son rapport du 6 septembre 2022, produit par le recourant à l'appui de ses contre-observations, le Dr F. _____ revient sur son expertise du 23 février 2021 et apporte différentes précisions, notamment en réponse au complément d'expertise rendu le 9 juillet 2021 par le Dr D. _____. Il commence en précisant que le CRPS est un syndrome, et non une maladie, qui est diagnostiqué lorsque quatre critères sont remplis (douleur disproportionnée par rapport aux événements initiaux, trois symptômes subjectifs, signes cliniques et exclusion d'un autre diagnostic). Dans le cas du recourant, le Dr F. _____ indique qu'en février 2021 seul le deuxième critère n'était (presque) pas rempli, dans la mesure où un seul des symptômes subjectifs était manquant, et que le même critère avait complètement disparu en septembre 2022. Il mentionne ensuite que l'IRM réalisée en février 2020 montre des signes non présents sur les IRM précédentes qui pourraient correspondre au début d'un CRPS après les arthroscopies. Il précise cependant rejoindre le Dr D. _____ dans son analyse de la scintigraphie réalisée en novembre 2020 et de laquelle il ressort qu'il n'y a aucune anomalie. Il ajoute qu'en indiquant que par haute suspicion d'un CRPS, il entend une "vraisemblabilité" à plus de 85%. Enfin, il arrive à la conclusion que le recourant dispose d'une capacité de 50% à l'heure actuelle et que cette capacité pourrait augmenter pour atteindre le 100% dans un délai de deux ou trois ans.

Dans son rapport du 15 novembre 2022, le Dr F. _____ précise que, au vu de son expérience et des critères de Budapest remplis à l'époque, il estime, avec une probabilité de 90%, que le recourant souffrait d'un CRPS. Il ajoute, s'agissant des limitations fonctionnelles, que celles-ci sont toujours les mêmes (pas de changement de positions assise-debout, pas de marche à longue distance ou sur un terrain inégal, pas de position statique debout, pas d'échelle). Il considère la capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle de 30% et la capacité de travail dans une activité adaptée à 50%.

5.4. *Rapports du SMR*

Dans son rapport du 25 janvier 2021, le Dr M. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin SMR, considère en substance que l'expertise du Dr D. _____ peut être suivie. Il souligne en particulier les considérations de l'expert quant au comportement du recourant, lequel semble adapté à la situation (marche bien différente en cabinet par rapport à l'arrivée et au départ) ainsi que l'écart entre les résultats de l'examen clinique et les plaintes du recourant. Dans l'ensemble, il considère l'analyse du Dr D. _____ comme très claire, très bien argumentée et très plausible. S'agissant d'une éventuelle évaluation psychiatrique, il souligne qu'aucun des praticiens n'a jamais suspecté une atteinte psychique, de sorte qu'il estime inutile d'y avoir recours. Il conclut en estimant qu'une pleine capacité de travail semble parfaitement exigible.

Dans son rapport du 21 octobre 2021, le Dr M. _____ maintient se rallier à l'opinion du Dr D. _____ et souligne que celui-ci a répondu aux contestations de manière argumentée et en restant centré sur les faits médicaux objectifs. Par ailleurs, il mentionne une différence d'appréciation entre le Dr F. _____ et le Dr D. _____, le premier partant du principe que la personne examinée se montre authentique et cohérente, le second se basant uniquement sur des éléments objectifs. Dès lors, une différence d'appréciation est parfaitement envisageable. Enfin, il souligne qu'aucun médecin, le Dr F. _____ inclus, n'exprime de souci pour la santé psychique du recourant, de sorte qu'aucune investigation en ce sens ne paraît nécessaire.

Dans son rapport du 24 octobre 2022, le Dr M._____ souligne que si le diagnostic de CRPS a été évoqué à plusieurs reprises, il n'a jamais été formellement posé. Par ailleurs, il relève qu'une scintigraphie négative est, de manière fiable et habituelle, un signal d'une absence de CRPS. Enfin, il précise, s'agissant des limitations fonctionnelles rencontrées par le recourant, que celles-ci doivent être objectives et cohérentes, ce qui n'est, à son sens, pas le cas en l'espèce, les plaintes du recourant ne pouvant s'expliquer de manière objective.

6.

Discussion

En préambule, on rappellera que, selon une jurisprudence constante, le juge examine la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, et qu'il n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou de l'état de fait qui sont postérieures à celles-ci (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 et 129 V 1 consid. 1.2). En application de cette jurisprudence, les rapports médicaux établis après la décision litigieuse n'ont en principe pas à être pris en compte dans le cadre de la procédure de recours.

6.1. Toutefois, dans la mesure où les rapports du Dr F._____ et du Dr M._____ concernent la situation existant au moment du prononcé de la décision attaquée, la Cour peut malgré tout en tenir compte dans le cadre de la présente procédure, dans la mesure où ils portent sur l'état de santé du recourant antérieur au 17 décembre 2021.

Par ailleurs, la question litigieuse est ici celle de déterminer la capacité de travail du recourant et non celle de savoir si les opérations pratiquées en 2019 l'ont été de manière utile ou non. Or, à la lecture du dossier, force est de constater que la détermination de la capacité de travail pourrait davantage résulter de l'apparition d'un CRPS après les opérations subies que de tout autre motif.

6.2. S'agissant ensuite des rapports médicaux présents au dossier, l'autorité intimée, bien qu'elle ne le mentionne pas explicitement dans sa décision, s'est appuyée sur le rapport d'expertise du Dr D._____ ainsi que sur le complément du 9 juillet 2021 alors que le recourant lui oppose de son côté les rapports du Dr F._____, expert mandaté par l'assureur perte de gain maladie, et du Dr B._____, chirurgien en charge du recourant.

En ce qui concerne le rapport d'expertise du Dr D._____ du 1^{er} décembre 2020, force est tout d'abord de constater qu'il remplit les exigences formelles imposées par la jurisprudence. En outre, il décrit clairement les plaintes formulées par le recourant, ce que reconnaissent du reste le Dr F._____ et le Dr B._____, ainsi que l'historique médical du recourant et l'anamnèse du dossier. De même, le Dr D._____ a soigneusement analysé les différentes plaintes formulées. Il souligne toutefois les incohérences de celles-ci, en particulier que, lorsque le recourant ignorait être observé, par exemple à l'arrivée et au départ du cabinet, il marchait sans boiterie. Cette observation est confirmée, selon le Dr D._____, par la légère atrophie du quadriceps, laquelle aurait pourtant dû être plus importante si le recourant adoptait en permanence une démarche de décharge.

Par ailleurs, les lectures d'IRM du Dr D._____ concordent avec les différents rapports d'IRM présents au dossier, tout comme avec la lecture qu'en fait le Dr F._____. Tout au plus celui-ci constate-t-il dans le rapport d'IRM du 3 février 2020 des signes qui pourraient correspondre à un début de CRPS, constatation partagée par la radiologue en charge de cet IRM. Cela étant, ces deux derniers praticiens ne posent ni l'un ni l'autre un diagnostic formel, se contentant d'émettre des hypothèses et de mentionner une "suspicion". De même, ce diagnostic est écarté par le

Dr K. _____ dans ses rapports de juillet et décembre 2020. En outre, bien que le Dr F. _____ ait affirmé par la suite que par "haute suspicion de CRPS", il entendait une probabilité de CRPS de 90%, force est de constater qu'il n'a pas formellement posé un diagnostic de CRPS, pas plus qu'il n'a évoqué un CRPS en rémission. Or, une forte suspicion de diagnostic n'équivaut pas à un diagnostic, indépendamment des propos ultérieurs du praticien. A cet égard, il faut également souligner que le Dr F. _____ fixe la probabilité de CRPS à plus de 85% en septembre 2022 et à 90% en novembre 2022, alors qu'aucun élément nouveau n'a été relevé et qu'il évoque dans les deux cas l'état de santé du recourant en février 2021, ce qui donne à penser qu'il s'agit uniquement là d'une estimation subjective et personnelle et non d'une donnée scientifique.

Ainsi, il convient de conclure que le diagnostic de CRPS n'a jamais été formellement posé par un praticien.

Par ailleurs, tous les médecins s'accordent à reconnaître que le recourant ne souffre d'aucune atteinte à la santé psychique, ce que lui-même ne conteste pas.

Dans ces conditions, force est de constater que le recourant dispose d'une capacité de travail pleine et entière celle-ci n'ayant jamais été limitée de manière durable.

6.3. Au surplus, il convient de souligner que le Dr F. _____ rejoint le Dr D. _____ dans son affirmation selon laquelle la scintigraphie réalisée en novembre 2020 ne fait état d'aucune anomalie et que les critères permettant de retenir un CRPS avaient dès lors disparu à cette date. Or, le Dr F. _____ affirme également que les premiers signes d'un début de CRPS ressortent de l'IRM réalisée en février 2020. Partant, il doit être constaté que les signes cliniques d'un CRPS, si tant est qu'un tel diagnostic ait pu être posé, ont duré moins d'une année, de sorte qu'un droit à la rente en découlant devrait également être nié sous cet angle, si le trouble diagnostiqué devait être assimilé à une atteinte invalidante au sens de la loi.

Cette dernière question n'a pas à être examinée, dans la mesure où l'existence même de ce trouble n'est pas établie, les médecins traitants semblant au demeurant partir du principe, non vérifiable en l'espèce, qu'un tel trouble serait nécessairement invalidant et ce, dans tous les cas de figure.

7.

Sort du recours

Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

8.

Frais et assistance judiciaire

8.1. Vu le sort du recours, les frais de procédure, par CHF 800.-, sont en principe mis à la charge du recourant.

Ils ne seront toutefois pas réclamés vu ce qui suit.

8.2. Le recourant a requis l'octroi de l'assistance judiciaire totale.

Il est dépendant de l'aide sociale et ne bénéficie pas de revenus suffisants pour lui permettre de faire face aux frais de la présente procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires de l'existence.

Par ailleurs, il y a lieu d'admettre que le recours ne paraissait pas d'emblée voué à l'échec.

Enfin, l'assistance d'un avocat pour la procédure de recours devant la Cour de céans apparaissait justifiée.

Dans ces circonstances, il convient de mettre le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire totale dans le cadre de la procédure de recours et de lui désigner Me Monferini Nuoffer comme défenseur d'office.

Par courrier du 27 septembre 2022, la mandataire du recourant a déposé une liste de frais faisant état d'un total de CHF 6'324.50.

Par courrier du 12 décembre 2022, la mandataire du recourant a déposé une liste de frais complémentaire faisant état d'un montant supplémentaire de CHF 719.04.

Au total, la mandataire du recourant fait ainsi valoir une durée de travail de 35 heures et 48 minutes.

Cela étant, la Cour de céans considère que le temps de travail consacré par un avocat à ce dossier peut être estimé à 20 heures, dans la mesure où le dossier pouvait certes paraître a priori complexe, mais il ne nécessitait pas encore le dépôt d'un mémoire minutieusement détaillé de 30 pages, ainsi que de contre-observations et d'ultimes remarques détaillées, dans une procédure au demeurant régie par le principe de la maxime d'office dans laquelle le Juge examine tous les rapports et expertises produits, auxquels les parties peuvent se contenter de se référer sans proposer de commentaire exhaustif. Ainsi, en tenant compte d'un tarif horaire de CHF 180.- (cf. art. 12 al. 1^{bis} du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative; RSF 150.12), l'indemnité de défenseur d'office peut être fixée à CHF 3'600.-.

A cela s'ajoute des débours par CHF 95.80, soit un total de CHF 3'695.80, ainsi que la TVA (7.7% soit CHF 284.55), soit un total de CHF 3'980.35.

Ce dernier montant est mis à la charge de l'Etat de Fribourg et sera versé directement à Me Monferini Nuoffer.

[dispositif en page suivante]

la Cour arrête :

- I. Le recours (605 2022 23) est rejeté.
- II. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2022 24) est admise pour la procédure de recours et Me Séverine Monferini Nuoffer, avocate, est désignée comme défenseur d'office.
- III. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant mais ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite qui lui a été accordée.
- IV. L'indemnité de défenseur d'office, fixée à CHF 3'695.80, plus CHF 284.55 au titre de la TVA (7.7%), soit un total de CHF 3'980.35, est allouée à Me Séverine Monferini Nuoffer et intégralement prise en charge par l'Etat de Fribourg.
- V. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du recourant 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 1^{er} mars 2023/mbo/mbl

Le Président :

La Greffière :