

## **FR\_GERICHTE 605 2017 261 vom 29. März 2018**

FR Kantonsgericht, 2018-03-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2017\\_261](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_261)

FR: FR\_GERICHTE 605 2017 261 du 29 mars 2018

IT: FR\_GERICHTE 605 2017 261 del 29 marzo 2018

### **Regeste**

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

### **Erwägungen**

#### **E. 7**

novembre 2017 concluant, en substance, à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité ou à la mise sur pied d'une expertise. A l'appui de son recours, il déplore que le refus de prester se fonde uniquement sur l'avis d'un expert et d'un médecin-conseil, alors même que ces deux médecins constatent l'existence de séquelles physiques. Il se prévaut ensuite de l'avis de son médecin traitant pour contester les conclusions de l'expert, relevant que l'influence d'une hémochromatose et d'un déficit pulmonaire sur son état doit être écartée. Il affirme encore ne pas être traité de la même manière par l'autorité intimée qu'il ne le serait par D.\_\_\_\_\_ pour la même atteinte. Enfin, il regrette qu'il n'ait pas été tenu compte des douleurs, des dommages esthétiques et de ses limitations fonctionnelles effectives – notamment dans le port d'un panier à champignons – dans l'évaluation de l'atteinte. Dans ses observations du 1er février 2018, la Bâloise, représentée par Me Jean-Marie Favre, avocat, propose le rejet du recours. Elle soutient que l'atteinte doit être qualifiée de minime et ne peut, déjà sous cet angle, justifier l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. En outre, elle considère que le rapport d'expertise est pleinement probant et peut, dès lors, être suivi. Il n'a pas été procédé à un autre échange d'écritures, étant cependant précisé que le recourant est intervenu spontanément par courrier du 26 février 2018 pour contester les arguments de l'autorité intimée. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 en droit 1. Le recours est recevable. Il a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. a) En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. D'après l'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputé 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. Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité est réputée

durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI) a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009; voir également FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., 2007, no 229). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415, U 134/03, consid. 5.2; RAMA 2000 p. 41, U 360/98, consid. 1). Ce n'est qu'en cas d'affections à la colonne vertébrale que le taux de l'atteinte à l'intégrité dépend de l'intensité des douleurs ressenties par l'assuré (cf. arrêt TF 8C\_389/2009 du 7 avril 2010 consid. 5.3). Il incombe par conséquent aux médecins de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit, no 235; arrêt TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009). Par ailleurs, aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité; une révision n'est possible qu'en cas

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b). c) L'IPAI se fixe en même temps que la rente d'invalidité ou, lorsqu'il n'existe aucun droit à une rente, à la fin du traitement médical. L'art. 24 al. 2 LAA prescrit non seulement quand l'assureur-accidents doit rendre une décision sur une IPAI, mais fixe également le moment déterminant pour examiner les conditions matérielles d'octroi d'une telle indemnité. Dès lors que l'IPAI sert de compensation à un dommage de durée, un droit à son octroi ne peut être jugé que lorsque l'état de santé de l'assuré a été stabilisé et qu'aucune amélioration ne peut être attendue par des mesures médicales. Si le point de départ du droit matériel relatif à une IPAI dépend d'un éventuel droit à la rente, il est logique qu'il faille statuer dans un premier temps sur un droit à la rente (arrêt TF 8C\_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 4.2 et les références). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). Usant de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté de telles prescriptions, notamment à l'art. 36 OLAA. Selon l'art. 36 al. 2 OLAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Celle-ci comporte

un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Selon l'annexe 3 OLAA, le taux maximal pour une "perte d'une jambe au niveau du genou" est de 40%. d) En matière d'appréciation 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. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt TF 8C\_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). 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 motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, 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,

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 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). A cet égard, 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). 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). Enfin, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de

soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). 3. Est seul litigieux le point de savoir si le recourant peut prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en lien avec les problématiques de l'épaule droite. A ce stade, il convient de rappeler que cette indemnité est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. Dans ces circonstances, des motifs d'ordre esthétique ne sauraient manifestement être pris en compte. a) Cela étant, dans la décision litigieuse, l'autorité intimée se réfère au rapport d'expertise du 5 juillet 2016 du Dr C.\_\_\_\_\_. En tant qu'atteintes invalidantes, celui-ci retient que le recourant souffre d'une "déchirure [du] tendon sus-épineux", d'une "arthrose acromio-claviculaire [droite]", d'un "status après reconstruction sus-épineux", d'une "dysbalance irritative résiduelle de la coiffe des rotateurs" de "dysesthésies axillaires [droites]" et de "lombalgies chroniques après cures de hernie discales", faisant cependant état d'autres diagnostics non-invalidants. A ses yeux, seules la déchirure du tendon sus-épineux et la dysbalance irritative résiduelle sont en lien de causalité naturelle avec l'accident, les autres troubles ne pouvant pas, selon toute vraisemblance, y être rattachés. Compte

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 tenu de ces cautèles, il soutient ne pas avoir observé "de déficit fonctionnel important de l'épaule susceptible de justifier une indemnisation pour atteinte à l'intégrité" (dossier Bâloise, pièce 8). Cette expertise se fonde sur le dossier assécurologique – lequel comporte les avis médicaux des médecins traitants ainsi que les examens radiologiques – ainsi qu'un entretien du 5 juillet 2016 avec le recourant. Lors de cet entretien, ce dernier a pu détailler ses troubles et limitations. Pour sa part, l'expert a procédé à des examens complets, notamment en relation avec les troubles de l'épaule droite. A cet égard, le recourant se plaint que ces examens auraient été trop courts pour qu'une évaluation correcte de son état de santé soit possible. Cependant, outre que ces assertions ne sont nullement prouvées, de jurisprudence constante, la durée de l'entretien n'est à elle seule pas déterminante pour juger de la valeur probante de l'expertise. C'est bien plus le contenu de cette dernière qui importe. En l'occurrence, aucun élément au dossier ne permet de conclure que l'examen de l'expert aurait été insuffisant ou ne lui aurait pas permis d'évaluer de manière convaincante l'état de santé de l'expertisé. On relèvera par ailleurs que l'expert discute de manière argumentée les diagnostics émis par ses confrères. S'agissant particulièrement de l'atteinte à l'intégrité, il constate la présence de quelques douleurs légères lors de la palpation de certaines régions et lors de certaines mobilisation (région coraco-acromiale, épreuve du bras armé, manœuvre de Jobe, test de Patte), les douleurs fortes n'apparaissant qu'à la manœuvre de Gerber (laquelle vise à tester la présence d'une atteinte au sous-scapulaire, tendon permettant la rotation interne du bras). Ces constats lui permettent de conclure qu'il n'observe aucun déficit fonctionnel important de l'épaule qui serait susceptible de justifier l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. b) Dans son rapport du 10 février 2016, le Dr E.\_\_\_\_\_, généraliste, relève que "le patient est

relativement peu gêné dans la vie de tous les jours par cette gêne qu'il décrit comme si quelque chose était toujours en train de lui toucher son aisselle lorsqu'il bougeait". S'agissant des examens, le médecin relève presque uniquement des résultats négatifs, indiquant uniquement l'existence de "légères douleurs à la palpation du rachis cervical bas" (dossier Bâloise, pièce 31; cf. ég. rapport du 4 août 2014, pièce 30). Le médecin traitant s'écarte ainsi des affirmations de son patient, selon lequel il ne serait même plus à même de porter des poids faibles du côté droit. Ses propos vont, en plus, dans le droit sens des conclusions de l'expert: le généraliste traitant constate que les conséquences de l'atteinte à l'épaule droite ne sont qu'une gêne, qui plus est légère, dans la vie quotidienne. On relèvera au demeurant que – à l'exception du compte rendu d'IRM – les deux rapports du Dr E.\_\_\_\_\_ sont les seuls rapports médicaux figurant au dossier pour la période de décembre 2012 au jour de la décision litigieuse. Il semble ainsi que, depuis décembre 2012, le patient consulte ses médecins de manière bien moins régulière qu'auparavant. L'absence de suivi spécialisé et de traitement médicamenteux régulier ne plaide pas en faveur de la présence d'une atteinte très invalidante. A tout le moins, cela va dans le sens des conclusions de l'expert que celle-ci n'occasionne qu'un déficit fonctionnel limité. Force est de constater que l'amélioration semble remonter aux années 2012, soit suite à une opération de chirurgie reconstructive. Le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, estimait alors que "l'intervention et les suites opératoire [étaient] parfaites chez un patient se déclarant nickel. Toutes les plaintes pré-opératoires [avaient]

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 disparues, en particulier rétablissement des nuits et des activités quotidiennes". Fort de ce succès, il ne pouvait pas s'expliquer l'apparition de douleurs au niveau de la coiffe des rotateurs qu'il rattachait à une dysbalance (cf. rapports des 23 septembre 2011 et 5 juillet 2012, dossier Bâloise, pièces 24 et 25). Il a dès lors adressé son patient au Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 27 décembre 2012, celui-ci faisait état d'une situation en voie de stabilisation et soulignait une "palpation sensible de l'articulation acromio-claviculaire droite" et une "mobilité passive et active complète de l'épaule droite". Les tests étaient alors déjà presque tous négatifs, seule la manœuvre de Jobe étant indiquée positive (dossier Bâloise, pièce 28). c) Au vu de l'ensemble de ce qui précède, les conclusions du Dr C.\_\_\_\_\_ ne sont pas remises en causes par les pièces du dossier. Au contraire, ces pièces vont toutes dans son sens, soit qu'il n'existe pas de déficit fonctionnel important de l'épaule susceptible de justifier l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Pour leur part, les seules assertions du recourant, lesquelles ne sont soutenues d'aucun moyen de preuve, ne permettent pas de mettre en doute ces conclusions. Au demeurant, la Cour relève que celles-ci sont partiellement fondées sur des approximations, voire des amalgames. Ainsi, aucun élément au dossier ne fait mention du "médecin-conseil de la Bâloise, le Dr H.\_\_\_\_\_", en particulier les décisions contestées. Pour sa part, l'expert ne diagnostique aucun "syndrome de Gerber", ne faisant que mention de la "manœuvre de Gerber", laquelle prouve qu'il existe effectivement une "gêne dans le mouvement de l'épaule vers l'intérieur". Comme il a été relevé ci-dessus, l'existence de cette gêne ne saurait cependant être considérée comme évidente ou grave au point de justifier l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Ainsi, le rapport d'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_ possède une pleine force probante. Les conclusions de l'expert peuvent dès lors être suivies. En l'absence de limitation fonctionnelle importante, l'assuré n'a pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en relation avec ses troubles de l'épaule droite. La

décision ne souffre ainsi pas la critique et peut être confirmée. 4. Enfin, le recourant se prévaut en substance d'une violation de l'égalité de traitement, se plaignant qu'un assuré de la Bâloise serait traité plus sévèrement qu'un assuré de D.\_\_\_\_\_. Le principe de l'égalité de traitement est consacré à l'art. 8 al. 1 Cst., lequel prescrit que tous les êtres humains sont égaux devant la loi. Une décision viole le principe de l'égalité de traitement lorsqu'elle établit des distinctions juridiques qui ne se justifient par aucun motif raisonnable au regard de la situation de fait à régler ou lorsqu'elle omet de faire des distinctions qui s'imposent au vu des circonstances (ATF 125 I 4 consid. 2b/aa et les références citées). L'égalité de traitement commande que le juge traite de la même manière des situations semblables et de manière différente des situations dissemblables (ATF 131 V 107 consid. 3.4.2 p. 114 et les arrêts cités). En l'occurrence, aucun élément au dossier, et aucun moyen de preuve n'est apporté à cet égard, ne confirme la réalité des propos du recourant. Non prouvées, des simples assertions ne sauraient

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 seules permettre de constater l'existence – ou l'inexistence – d'une violation de l'égalité de traitement, dont on peut douter qu'elle puisse être imputée à un assureur pour le seul motif qu'un autre assureur serait parvenu à une autre conclusion. On s'interroge sur la pertinence d'un tel grief qui tend, sur le fond, à vouloir uniformiser l'application du droit sans tenir compte des circonstances du cas d'espèce, qui elles seules conduisent ici au refus des prestations sollicitées. 5. Au vu de l'ensemble qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. En application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice. Quand bien même elle obtient gain de cause, en tant qu'institution chargée de tâches de droit public (cf. art. 133 et 139 du code de procédure et de juridiction administrative; CPJA; RSF 150.1), l'autorité intimée n'a pas droit à l'indemnisation de son mandataire. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni octroyé de dépens. III. 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 29 mars 2018/pte Président Greffier-rapporteur

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