

FR_GERICHTE 605 2020 68 vom 7. Oktober 2021

FR Kantonsgericht, 2021-10-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_68

FR: FR_GERICHTE 605 2020 68 du 7 octobre 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2020 68 del 7 ottobre 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 29

mai 2015), puis au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) le 10 novembre 2015 (reprise chirurgicale; protocole opératoire du 12 novembre 2015). Le cas a été pris en charge par l'assurance-accidents. C. La Zurich Assurances a recueilli l'avis des docteurs E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie (des 21 mai et 7 octobre 2015), et F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin associé au Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV; des 23 novembre 2015, 29 mars 2016, 24 août 2016, 28 décembre 2016, 12 mai 2017, 25 août 2017). Dans l'avis du 25 août 2017, le Dr F._____ a indiqué que d'un point de vue objectif, la fracture était consolidée et les amplitudes articulaire du genou, de la cheville et du pied étaient complètes, mais qu'il subsistait toujours des douleurs «très très» importantes au niveau du toucher de la peau. En raison du caractère très subjectif des plaintes, il a invité l'assureur-accidents à convoquer sa patiente pour déterminer avec elle les possibilités de réinsertion professionnelle. A la demande de l'assureur-accidents, l'assurée s'est soumise à une expertise orthopédique le 13 septembre 2017 auprès du Centre médical d'expertises I._____. Dans un rapport du 17 octobre 2017, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une fracture fermée bifocale tibia gauche, associée à une fracture du péroné (avec évolution vers une pseudarthrose des deux foyers de fracture, puis consolidation des foyers fracturaires après révision chirurgicale par greffe osseuse et nouvel enclouage), une persistance de dysesthésies sur l'ensemble de la jambe gauche, particulièrement sur la face interne (malgré un traitement de désensibilisation) et une probable contusion ou atteinte du nerf saphène. Selon le médecin, l'assurée ne pouvait plus exercer son activité habituelle de vendeuse (en raison d'une position debout statique prolongée) mais pouvait travailler dans une activité adaptée à 50 %, sans baisse de rendement. La directrice médicale de I._____ a précisé le 20 avril 2018 que, vu les conditions décrites par le Dr G._____, l'assurée pouvait, au plan théorique, exercer une activité exigible sur le plan physique correspondant pleinement à l'activité professionnelle antérieure, celle-ci exercée à 50%, cela sans baisse de rendement. Après un échange d'écriture, l'assureur-accidents a indiqué à l'assurée qu'il comprenait la précision de I._____ en ce sens qu'elle présentait une exigibilité théorique de 100 %, sans baisse de rendement (correspondance du 16 mai 2018).

Tribunal cantonal TC Page 3 de 14 Le 3 janvier 2018, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a indiqué que le périmètre des mollets de

l'assurée avait été mesurée à 42 centimètres à droite et à 38 centimètres à gauche (mesure prise 5 centimètres distal de la tubérosité tibiale antérieure). Le Dr G. _____ a pris position le 10 janvier 2018. D. A l'invitation de l'assureur-accidents, l'employeur a indiqué le 22 février 2018 que l'assurée aurait perçu un revenu mensuel (brut) de CHF 2'134.- à mi-temps en 2018, avec un treizième salaire. Il a ajouté le 13 mars 2018 qu'elle avait perçu un revenu mensuel (brut) de CHF 2'115.- avant l'accident du 8 mai 2015 (13x l'an). E. Par décision du 15 juin 2018, confirmée sur opposition le 26 mars 2020, l'assureur-accidents a constaté que les prestations pour le traitement médical devaient prendre fin au 14 juin 2018, sous réserve de rechute ou de séquelle tardive, que les prestations pour indemnités journalières devaient prendre fin au 30 septembre 2018 et que l'assurée ne pouvait prétendre une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Il a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 6 %. F. Contre cette décision dont elle demande l'annulation, A. _____, représentée par Me Hervé Bovet, avocat, interjette recours devant la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut à la poursuite du versement des indemnités journalières et au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. Subsidiairement, elle demande l'octroi d'une rente d'invalidité totale de l'assurance-accidents dès le 15 juin 2018 et le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. Zurich Assurances conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 26 mars 2020. Me Hervé Bovet a déposé sa liste de frais. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état de leurs arguments, développés à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. G. Par décision séparée de ce jour, la Ie Cour des assurances sociales a partiellement admis le recours formé par A. _____ contre la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg du 14 janvier 2020 (cause 605 2020 15). en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 2. En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), si cette loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 2.1. Selon 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 entraîne la mort. 2.2. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet 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 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b; 117 V 369 consid. 3a; 117 V 359 consid. 5a). Cependant, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc, ergo propter hoc; voir ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 s., consid. 3b). 2.3. 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 401 consid. 2.2, 129 V 177 consid. 3.2, 125 V 456 consid. 5a, 117 V 359 consid. 4b).” 3. L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, ainsi qu'aux médicaments et analyses ordonnés par celui-ci (art. 10 al. 1 let. a et b LAA). 3.1. Ce droit s'étend à toutes les mesures qui visent une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. La preuve que la mesure envisagée permettra d'atteindre cet objectif doit être établie avec une vraisemblance suffisante; elle est rapportée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêts TF 8C_584/2009 consid. 2, in SVR 2011 UV n° 1 p. 1; 8C_112/2014 du 23 janvier 2015 consid. 2.1). Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré. Il cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 seconde phrase LAA), une amélioration insignifiante n'étant pas suffisante. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 (arrêts TF U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1, in RAMA 2005 n° U 557 p. 388; 8C_215/2018 du 4 septembre 2018 consid. 5.2.2). 3.2. Sur la base de l'art. 19 al. 1 LAA, l'assureur-accidents n'est tenu de prendre à sa charge – dans la mesure où les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme – le traitement médical (et de verser des indemnités journalières) que tant et aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre de la continuation de celui-ci une sensible amélioration de l'état de la personne assurée. Si tel n'est plus le cas, il convient de clore le cas d'assurance en supprimant les prestations temporaires et en examinant le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 140 V 130 consid. 2.2; 137 V 199 consid. 2.1). 4. 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 [de l'assurance-accidents], pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. 4.1. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). 4.2. 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 (art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenus jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 129 V 222; 128 V 174). Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (anc. art. 18 al. 1 LAA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016; l'art. 18 al. 1 LAA actuellement en vigueur a la même teneur mais exclut les accidents survenus après l'âge ordinaire de la retraite). 5. En vertu de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré a de plus droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si, par suite de l'accident, il souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique. Une 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [RS 832.202; OLAA]). Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2). 5.1. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b; 113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; arrêt TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. 5.2. Aux termes de l'art. 25 al. 1 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, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b; arrêt TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (arrêt TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). 6. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge

des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; SVR 2015 IV n° 28 consid. 4.1). L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218 consid. 6). 7. Est premièrement litigieuse la fin de la prise en charge du cas au 14 juin 2018.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 Puis, deuxièmement, le taux d'invalidité. Enfin, troisièmement, le degré d'atteinte à l'invalidité. Concernant ces trois points, les parties se sont exprimées comme suit. 7.1. En se fondant sur les avis médicaux du Dr F. _____ des 12 mai 2017 et 25 août 2017, l'assureur-accidents a pour sa part retenu que la recourante ne bénéficiait plus de traitement (médical) spécifique en 2017. Si le Dr G. _____ avait certes recommandé la poursuite de l'ergothérapie pour diminuer les douleurs de la recourante au membre inférieur droit, l'expert n'avait en revanche pas mentionné de traitement qui pourrait apporter une sensible amélioration de l'état de santé. Le traitement était donc terminé et l'état final devait être considéré comme atteint au 14 juin 2018. S'agissant du droit à une rente, conformément aux conclusions de l'expertise, la recourante ne pouvait plus exercer l'activité de vendeuse, mais pouvait travailler à plein temps (sans perte de rendement) dans une position assise, permettant d'étendre la jambe gauche quelques minutes sur un tabouret en cas de douleurs, avec des déplacements limités dans les escaliers, avec un port de charges limité à 10 kg de façon ponctuelle, avec la possibilité de porter une charge de 5 kg en hauteur ponctuellement. Selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), elle pourrait ainsi réaliser à plein temps un revenu annuel (brut) de CHF 55'072.- en 2018 (ESS 2016, TA 1, niveau de compétence 1, femmes, 41.7 heures/semaine, après indexation). Il n'y avait en outre pas lieu de procéder à une déduction pour handicap, car les limitations fonctionnelles avaient déjà été prises en considération pour définir le niveau de compétence 1 (le plus bas de l'ESS), tandis que l'âge de la recourante ne représentait pas un désavantage salarial. Comparé avec le revenu de valide à plein temps de CHF 55'484.- (CHF 2'134.- x 13 x 2 [pour un plein temps]; correspondance de l'employeur du 22 janvier 2018) que la recourante aurait pu percevoir en 2018, le degré d'invalidité s'élevait à 1 %. Ce taux, inférieure à celui de 10 %, n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Pour le surplus, conformément à la table 2 de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), l'atteinte à l'intégrité s'élevait à 6 % (troubles dysesthésiques et douleurs périfracturaires persistantes). 7.2. Invoquant une constatation inexacte des faits, ainsi qu'une violation du droit fédéral, la recourante reproche quant à elle à l'intimée d'avoir procédé à une interprétation biaisée des conclusions de l'expertise orthopédique du 17 octobre 2017. Elle fait valoir que l'expert a exposé qu'une série de séances d'ergothérapie pourrait être acceptée, en vue de poursuivre la désensibilisation des dysthésies localisées essentiellement sur la face antérieure de la jambe gauche (précisant que l'assurée n'avait suivi que dix séances d'ergothérapie avec un effet bénéfique), et que ce traitement pourrait probablement apporter une amélioration de sa

capacité d'activité (probabilité de 30 %). L'expert avait donc conclu que son état de santé n'était pas «final». En ce qui concerne son droit à une rente d'invalidité, elle relève tout d'abord que l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg a admis un degré d'invalidité de 20.83 % (compte tenu d'un revenu de valide de CHF 55'374.95 et d'invalidité de CHF 43'839.80). Elle fait ensuite valoir que ses chances de retrouver un travail dans un domaine dans lequel elle ne possède ni formation ni expérience sont nulles, ce d'autant plus que ses limitations fonctionnelles sont importantes et que son équilibre psychologique est fragile. Elle soutient enfin que l'intimée a appliqué de manière erronée les règles d'indemnisation des atteintes à l'intégrité (IPAI), en omettant notamment de tenir compte des troubles fonctionnels. Le taux de 6 % est dès lors insuffisant et doit être porté à 10 % au moins.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 7.3. Dans sa réponse au recours, l'intimée maintient que l'état de santé final doit être considéré comme atteint au 14 juin 2018. Le Dr G._____ a en effet mentionné un «traitement d'entretien» (la poursuite de l'ergothérapie), comme il l'a précisé au chiffre 7.3 de l'expertise, mais pas un traitement de nature à améliorer sensiblement l'état de santé de la recourante. S'agissant de l'âge de la recourante, l'intimée soutient que l'assurée se fonde sur des jurisprudences applicables dans le domaine de l'assurance-invalidité, mais pas dans celui de l'assurance-accidents. Quoiqu'il en soit, même si tel était le cas, l'art. 28 al. 4 OLAA prévoit de faire abstraction du facteur de l'âge lors de la comparaison des revenus. Pour le surplus, le Dr G._____ s'est fondé sur la table 2 de la CNA pour fixer l'IPAI à 6 % et son évaluation est de l'avis de l'intimée concluante. 8. Amenée à trancher, la Cour relève les éléments suivants, qui ressortent du dossier. 8.1. Selon la déclaration d'accident du 12 mai 2015, A._____ a été percutée par un véhicule automobile à une vitesse d'environ 10 km/h le 8 mai 2015. La voiture a de plus roulé sur le pied gauche de l'assurée, entraînant une torsion au niveau de la jambe gauche avec fractures bifocales du tibia gauche et bifocales du péroné distal gauche (rapport médical initial LAA du 29 mai 2015). Dans sa chute, la recourante a encore tapé violemment sa tête au sol (et s'est cassée une molaire). Elle a été prise en charge dans la soirée par les médecins de la clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital cantonal de D._____, qui ont procédé à une réduction semi-ouverte, à un enclouage centro-médullaire alésé du tibia gauche et à une ostéosynthèse de la malléole externe par plaque (protocole opératoire du 9 mai 2015). La recourante a pu regagner son domicile le 19 mai 2015. Elle s'est vu prescrire des soins à domicile. La «non-évolution» du foyer de fracture («la malléole ne se consolide pas») a ensuite rendu nécessaire une reprise chirurgicale. Le 10 novembre 2015, le Dr F._____ a procédé au service de traumatologie du CHUV à une cure de pseudarthrose du tibia gauche (avec ablation du clou), un débridement et un avivement du foyer de pseudarthrose proximal, un réalésage et un réenclouage puis ostéosynthèse par plaque du foyer proximal (avec greffe du foyer et autogreffe) et à un verrouillage dynamique du clou proximal et un double verrouillage distal (protocole opératoire du 12 novembre 2015). Vu l'absence de trouble neurovasculaire, le chirurgien a prescrit un reconditionnement physique du membre inférieur gauche jusqu'à consolidation des deux sites de pseudarthrose (avec physiothérapie de mobilisation du genou, de la cheville et de la sous-taliennne). Le 24 août 2016, le chirurgien a constaté que le genou, la jambe et les chevilles étaient indolores à la mobilisation, mais toujours très sensibles au toucher; il a recommandé la poursuite du traitement jusqu'à consolidation des pseudarthroses. Le 28 décembre 2016, le Dr F._____ a constaté que l'évolution était favorable avec une mobilité complète du genou et de la cheville, des cicatrices sans particularité (les radiographies montrant une fracture

proximale du tibia consolidée et distale 2/4 corticales, les deux autres étant en voie de consolidation). Un travail en position assise était certainement possible, même si peut-être pas à temps complet. Le chirurgien a ajouté que sa patiente restait très sensible au moindre toucher de la peau au niveau de la face antérieure de la jambe, de la cheville et du dos du pied (ce qui la forçait à marcher avec une béquille à l'extérieur et rendait impossible tout travail debout sur une période prolongé). Il a recommandé la poursuite du traitement jusqu'à amélioration de la symptomatologie (avis du 28 décembre 2016). Le 12 mars 2017, le chirurgien a indiqué que le traitement était terminé d'un point de vue purement orthopédique; la fracture était consolidée, les amplitudes articulaires au niveau du genou et de la cheville étaient complètes (mais l'assurée continuait à utiliser une béquille,

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 du moins sur des distances plus importantes, et présence d'une allodynie très importante au moindre toucher de la peau en région antérieure de la jambe, de la cheville et du pied). Le Dr F. _____ a enfin confirmé les 12 mai et 25 août 2017 qu'il n'y avait plus de traitement spécifique en cours (avec évolution favorable d'un point de vue purement objectif). 8.2. Lors de l'examen clinique du 13 septembre 2017, le Dr G. _____ a constaté que l'assurée se plaignait de douleurs persistantes au niveau du tiers moyen du tibia gauche et au niveau de la cheville, au niveau de l'articulation en elle-même, puis d'une douleur sourde permanente. Le déroulé de chaque pas était douloureux.

L'assurée avait par ailleurs annoncé à l'expert notamment une pathologie valve mitrale avec un bombement, découvert à l'âge de 30 ans, une lombarthrose traitée médicalement et avec des infiltrations (elle avait reçu 30 micro-infiltrations étagées le long du rachis pendant l'année écoulée), un traitement pour dépression et angoisse, une fracture de la cheville droite en 2006, opérée, suivie d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse en 2007, avec persistance de quelques douleurs barométriques, une cholécystectomie (il y a 21 ans), une appendicectomie et une hernie discale cervicale (consécutive à un précédent accident de la circulation routière). A domicile, la recourante n'utilisait pas de béquille, car elle savait à quel endroit elle pouvait s'asseoir en cas de difficultés et où se raccrocher aux meubles. Lorsqu'elle quittait son domicile, elle utilisait par sécurité une béquille, ce qui l'aidait s'il n'y avait pas de banc pour s'asseoir en cas de crise douloureuse aiguë inopinée. La recourante se déclarait capable de marcher sur du terrain plat, avec le secours éventuel d'une béquille, pendant vingt minutes environ. Au-delà, des douleurs apparaissaient. La marche en terrain inégal ou en dénivelé était pénible. Chaque matin, elle mettait un bas de contention s'arrêtant sous le genou, qu'elle enlevait la nuit, car le mollet et la cheville, ainsi que le genou, augmentaient de volume (surtout par de fortes chaleurs). Elle déclarait avoir souvent des œdèmes. Elle était souvent obligée de changer de position lorsqu'elle était assise en raison de lombalgies. Elle était capable de conduire sa voiture sur de petites distances. Les séances de physiothérapies et d'ergothérapie étaient terminées. 8.3. Sur la base de ce qui précède, la Cour retient que la recourante a souffert notamment d'une fracture complexe de la jambe gauche le 8 mai 2015. Cette fracture bifocale a évolué vers une pseudarthrose nécessitant une reprise chirurgicale le 10 novembre 2015. D'un point de vue objectif, l'évolution a été favorable avec une mobilité complète du genou et de la cheville et des cicatrices sans particularité dès décembre 2016 (avis du Dr F. _____ du 28 décembre 2016; confirmé par les avis des 12 mars 2017, 12 mai 2017 et 25 août 2017). Quoiqu'en dise la recourante, les différents traitements prescrits par ses médecins traitants à compter de décembre 2016 ne visaient plus à améliorer son état de santé, mais uniquement à améliorer sa symptomatologie douloureuse avec une allodynie au premier plan. Or les traitements (p. ex. des patchs ou des pommades) qui ne font que soulager

momentanément des douleurs occasionnées par un état stationnaire ne sont pas pris en charge par l'assurance-accidents. A compter de décembre 2016, il n'avait dès lors plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration sensible de l'état de l'assurée (art. 19 al. 1 LAA). Dans son avis du 10 janvier 2017, le médecin conseil de l'intimée a cependant conseillé à l'intimée d'attendre deux ans après l'accident du 8 mai 2015 au moins avant de statuer sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, car des améliorations (susceptibles d'avoir une influence sur le droit à une rente d'invalidité) pouvaient encore survenir.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 Dans ces circonstances, au vu d'un état stable depuis décembre 2016, le fait que l'intimée a choisi de statuer le 15 juin 2018 ne prête pas le flanc à la critique. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a considéré que l'état de santé était stabilisé au 14 juin 2018 et statué sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité de l'assureur-accidents. Les conclusions principales de la recourante doivent être rejetées. 9. Il s'agit désormais de déterminer le profil d'exigibilité de la recourante 9.1. D'un point de vue formel, le Dr G._____ a rendu ses conclusions le 17 octobre 2017 après un examen personnel de la recourante. Il a tenu compte des plaintes actuelles de la recourante, d'une anamnèse détaillée ainsi que des documents médicaux versés en procédure. Les résultats qui découlent de l'expertise ont donc été arrêtés en pleine connaissance du dossier et de la situation personnelle de la recourante. La description du contexte médical est claire et les conclusions sont suffisamment motivées. La recourante ne prétend enfin pas que l'expert aurait dû procéder à des examens complémentaires. 9.2. D'un point de vue matériel, le Dr G._____ a procédé à un examen médical du membre inférieur gauche (y compris la hanche, le genou, la cheville et le périmètre musculaire), du rachis lombaire, du rachis cervical et des membres supérieurs de la recourante (y compris les épaules, les coudes et les poignets). Il a tenu compte, dans son appréciation, des limitations fonctionnelles de l'assurée, qui ont été discutées par les différents spécialistes, et s'est fait remettre les derniers clichés radiographiques du 20 mars 2017 disponibles (où il a constaté que la fracture était bien consolidée, après une très bonne évolution de consolidation osseuse avec l'apparition d'un cal osseux de belle qualité). C'est donc sur la base d'éléments médicaux solides et eu égard à ses propres observations, que l'expert a retenu que la recourante pouvait exercer une activité professionnelle adaptée à son taux antérieur d'activité de 50 % au moment de l'examen clinique (13 septembre 2017), sans baisse de rendement. La description de l'activité raisonnablement exigible (activité professionnelle réalisée en position assise, en permettant de pouvoir étendre la jambe gauche quelques minutes sur un tabouret en cas de douleurs, avec des déplacements limités dans les escaliers, avec un port de charges limité à 10 kg de façon ponctuelle, avec la possibilité de porter une charge de 5 kg en hauteur ponctuellement) est cohérente et convaincante au regard de l'appréciation médicale des spécialistes consultés par la recourante. Elle concorde en outre avec les constatations du Dr F._____. Il y a donc lieu d'admettre que l'expertise orthopédique est complète, compréhensible et convaincante, si bien que l'appréciation médico-théorique qui en découle doit être suivie. Il n'est pas nécessaire d'ordonner un complément d'instruction, notamment de mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale. 9.3. Au vu de ce qui précède, l'assureur intimé s'est appuyé à juste titre sur le rapport d'expertise orthopédique pour définir le profil d'exigibilité de la recourante (activité purement sédentaire, essentiellement assise, sans port de charges répétitif, sans marche régulière, pas d'escaliers ou échelles, possibilité de surélever régulièrement sa jambe gauche pour prévenir les œdèmes).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 Celui-ci s'exerçant en outre au taux d'activité de 50% qui était le sien avant l'accident. 10. Il convient à présent de calculer le taux d'invalidité de la recourante sur la base des données valables en 2018 puisque la stabilisation a été admise au 14 juin 2018 et qu'un droit à une rente pourrait en théorie prendre naissance dès le terme du versement des indemnités journalières. 10.1. D'emblée, il y a lieu de préciser que les organes de l'assurance-accidents ne sont pas liés par l'évaluation du taux d'invalidité effectuée par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ATF 133 V 549 consid. 6). Même si le profil d'exigibilité retenu dans les deux procédures est sensiblement le même, les montants des revenus de la comparaison, en particulier celui avec invalidité, divergent. A l'inverse de ce que soutient la recourante, la jurisprudence développée par le Tribunal fédéral dans le domaine de l'assurance-invalidité concernant l'exigibilité de la réadaptation par soi-même après la suppression d'une rente limitée dans le temps à plus de 55 ans (ATF 145 V 209) n'est pas applicable dans le domaine de l'assurance-accidents (cf. art. 28 al. 4 OLAA). 10.2. En l'espèce, l'intimée a comparé un revenu sans invalidité – non contesté – de CHF 55'484.- (CHF 2'134.- x 13 x 2 [pour un plein temps]; correspondance de l'employeur du 22 janvier 2018) avec un revenu d'invalidité de CHF 55'072.- en 2018 lequel est fondé sur les données statistiques résultant de l'ESS (et sans abattement). 10.2.1. L'intimée s'est fondée pour fixer le revenu d'invalidité sur le revenu auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, tel qu'il ressort de l'ESS 2016, éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), soit un montant mensuel (brut) de CHF 4'363.- (niveau de compétence 1, le plus bas). Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, ce revenu doit être adapté à la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2018, soit 41,7 heures, et indexé à l'année 2018. Le revenu d'invalidité est ainsi de CHF 55'029.50 (CHF 4'363.- x 12 [nombre de mois dans une année] x 41.7 [durée normale de travail] : 40 [durée de travail dans l'ESS] x 135 : 133.9 [indice des salaires nominaux]). On précisera que selon l'ESS 2018, le revenu d'invalidité de la recourante serait de 54'681.20 (CHF 4'371.- x 12 x 41.7 : 40). Ce montant, qui ne changerait de toute manière rien à l'issue de la procédure, ne peut pas être pris en considération. L'Office fédéral de la statistique a en effet sorti cette statistique en avril 2020, soit après le prononcé attaqué. 10.2.2. En ce qui concerne la question de l'abattement sur le salaire, il y a lieu de constater que les conditions posées par la jurisprudence ne sont pas réunies. Les limitations d'ordre socioprofessionnel et personnelles de l'assurée (à savoir, l'absence de maîtrise de la langue française à l'écrit, le manque de formation et d'expérience professionnelle dans une nouvelle activité, ainsi que l'âge) ne sauraient être retenues en l'espèce pour déterminer le revenu d'invalidité. En effet, le Tribunal fédéral a rappelé que l'absence d'emploi rémunéré pour des

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 motifs autres que l'invalidité, tels que l'âge, une formation insuffisante ou des difficultés linguistiques ne justifie pas l'octroi d'une rente, l'incapacité de travail n'étant pas due à une cause pour laquelle la loi oblige à pourvoir (arrêt TF 9C_490/2010 du 22 mars 2011 consid. 4.7 et les références). S'agissant en

particulier du critère de l'âge, la recourante n'avait pas encore 61 ans au moment déterminant où l'expert a constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 146 V 16 consid. 7.1; 138 V 457 consid. 3.3). Elle ne se trouvait donc pas à un âge avancé (au sens de l'art. 28 al. 4 OLAA). De plus, le Tribunal fédéral a souligné, dans le domaine de l'assurance-accidents, que les emplois non qualifiés (niveau de compétence 1) sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de la personne concernée sur le marché équilibré du travail (ATF 146 V 16 consid. 7.2.1; arrêt TF 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2 et la réf.). Il n'existe en outre, sur le plan médical, aucune perte de rendement dans une activité adaptée. L'évolution post opératoire a été favorable avec une mobilité complète du genou et de la cheville et des cicatrices sans particularité dès décembre 2016. Les séquelles de l'accident et les restrictions fonctionnelles induites par les atteintes à la santé ne grèvent par conséquent pas la capacité de gain de la recourante. Dans les emplois correspondant au niveau de compétence 1, l'ancienneté n'influence en outre pas le niveau du salaire (arrêt TF 9C_18/2020 du 19 mai 2020 consid. 6.2.3). On ajoutera que l'âge de la recourante ne constitue pas, dans le domaine de l'assurance-accidents, la cause essentielle de la diminution de la capacité de gain ou de l'empêchement d'exercer son activité professionnelle habituelle. Or, à ce jour, le Tribunal fédéral s'est dispensé de trancher la question de savoir si, dans le cadre de l'assurance-accidents, l'âge constitue un critère d'abattement en soi ou s'il ne doit être pris en considération que dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA. Quoi qu'il en soit, la jurisprudence retient qu'il peut être tenu compte de ce critère en ce sens que l'effet de l'âge, combiné avec un handicap, doit faire l'objet d'une analyse dans le cas concrètement soulevé, singulièrement en procédant à l'examen de la persistance ou non d'une capacité d'adaptation sur le plan professionnel, susceptible de compenser les désavantages compétitifs induits par l'âge, au regard de l'ensemble des facteurs que l'on prend en considération sur le marché équilibré du travail (arrêt TF 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 3.3 et la référence). Or, en l'espèce, la recourante ne présente aucun facteur pénalisant. En ce qui concerne les connaissances linguistiques limitées à l'écrit, il ne s'agit pas d'un critère dont l'assurance-accidents doit tenir compte mais d'un facteur étranger à l'invalidité étant rappelé que les activités simples et répétitives correspondant au niveau de compétence 1 ne requièrent pas de bonnes connaissances linguistiques (arrêt TF 9C_344/2015 du 25 novembre 2015 consid. 2.3; 9C_426/2014 du 18 août 2014 consid. 4.2). S'agissant de l'absence de formation, il ne saurait s'agir d'un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur les perspectives salariales de la recourante. D'une part, les activités adaptées qui rentrent en compte (simples et répétitives, de niveau de compétence 1) ne nécessitent ni formation ni expérience professionnelle spécifique. D'autre part, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas matière de procéder à un abattement à ce titre (arrêts TF 9C_200/2017 du 14 novembre 2017 consid. 4.5; 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 5). Qui plus est, même si elle doit changer de domaine d'activités, la recourante sera en mesure de compenser d'éventuelles difficultés initiales liées à un nouveau genre de travail par son expérience générale de la vie professionnelle. Elle était d'ailleurs en contact avec la clientèle, ce qui exigeait des capacités d'adaptation importantes, et parle plusieurs langues. Enfin, la critique de la recourante concernant son équilibre psychologique fragile (respectivement les autres atteintes à la santé retenues par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg sans lien avec l'accident) n'est pas pertinente. En effet, on ne saurait la retenir pour la détermination du revenu d'invalidé,

faute d'un lien de causalité avec l'accident. Il n'y a donc pas lieu de procéder à un abattement sur le salaire statistique. 10.3. En comparant un revenu sans invalidité de CHF 55'484.- avec un revenu d'invalidité de CHF 55'029.50, il en résulte un degré d'invalidité arrondi de 1 % (ATF 130 V 121), taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 18 al. 1 LAA). Il s'agit enfin de préciser que, si ces deux revenus avaient été tous les deux divisés de moitié pour tenir compte de l'exercice d'une activité à 50% réalisée par la recourante avant l'accident, le degré d'invalidité demeurerait globalement le même. 11. La recourante reproche enfin à l'intimée d'avoir retenu un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité insuffisant. Elle estime que celui-ci devrait s'élever à 10 % au moins, car l'expert a notamment omis de tenir compte de ses troubles fonctionnels. 11.1. L'intimée a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 6 % sur la base des conclusions de l'expert. Dans son appréciation, le Dr G. _____ a noté que: «Selon la table numéro II pour atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs et dans la logique de comparaison le cas est moins grave que la perte fonctionnelle complète d'un membre inférieur (50%) ou qu'une paralysie du nerf sciatique poplitée externe ouvrant droit à un taux de 10%. Un taux de 6% sera retenu pour les troubles dysesthésiques et les douleurs périfracturaires persistantes». 11.2. Là encore, quoi qu'en dise la recourante, l'expert a bien tenu compte des troubles fonctionnels. Le Dr G. _____ a de plus retenu de manière convaincante que la perte fonctionnelle n'était pas complète, de sorte que le taux de 50 % ne pouvait pas être repris. Or la recourante ne produit aucun avis médical qui pourrait remettre en cause l'appréciation de l'expert. Dans ces circonstances, l'intimée a fixé à juste titre à 6 % l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il incombe en effet au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assurée et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (arrêt TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). 12. Le recours s'avère ainsi au final mal fondé et il doit être rejeté. 13. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (anc. art. 61 let. a LPGA, en lien avec l'art. 82a LPGA).

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 Succombant, la recourante n'a enfin pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), tandis que l'assureur intimé ne peut y prétendre. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision sur opposition du 26 mars 2020 est confirmée. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 7 octobre 2021/obl Le Président : Le Greffier :

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