

FR_GERICHTE 605 2023 174 vom 26. März 2025

FR Kantonsgericht, 2025-03-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2023_174

FR: FR_GERICHTE 605 2023 174 du 26 mars 2025

IT: FR_GERICHTE 605 2023 174 del 26 marzo 2025

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Recevabilité Le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes estivales, et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente, par un recourant valablement représenté et directement touché par la décision querellée. Partant, il est recevable.

E. 2

Règles relatives au droit à l'IPAI

E. 2.1

Aux termes de l'art. 24 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.29), 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 son atteinte à l'intégrité (al. 1). L'IPAI a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle ne vise pas à indemniser les souffrances physiques ou psychiques - si intenses soient-elles - de l'assuré pendant le traitement médical. Un traitement particulièrement long et douloureux n'est un critère décisif ni pour le droit à l'indemnité ni pour son étendue, le législateur ayant mis l'accent sur le caractère durable - voire permanent - de la lésion, une fois le traitement médical achevé. En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références).

E. 2.2

L'IPAI 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. Cela signifie que, pour tous les assurés présentant un status médical

identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (arrêt TF 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les références). L'indemnité dépend de la gravité de l'atteinte et se détermine d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt TF 8C_512/2024 du 23 décembre 2024 consid. 5.1).

E. 2.3

Par ailleurs, aux termes de l'art. 36 al. 4 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible.

E. 3

Règles relatives au calcul de l'IPAI

E. 3.1

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 (art. 24 al. 2 LAA). Cet article prescrit non seulement quand l'assureur-accidents doit rendre une décision sur l'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 une rente, il est logique qu'il faille statuer dans un premier temps sur un droit à la rente (arrêt TC FR 605 2021 241 du 8 août 2022 consid. 2.3).

E. 3.2

D'après l'art. 25 LAA, l'IPAI 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 l'art. 36 OLAA. 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 capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA).

E. 3.3

Selon l'al. 2 de cette disposition, l'IPAI est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Celle-ci comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Le barème prévu à l'annexe 3 – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (arrêt TF 8C_643/2022 du 7 juin 2023 consid. 3.2 et les références) – représente une « règle générale » (annexe 3, ch. 1 al. 1). 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 (annexe 3 ch. 1 al. 2).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 Finalement, la Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes

(Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA; ci-après: tables LAA). Ces tables n'ont pas de valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 OLAA (arrêt TF 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2 et les références).

E. 3.4

L'indemnité s'élève en règle générale au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (annexe 3, ch. 1 al. 1). Le montant maximum déterminant est celui valable au jour de l'accident (art. 25 al. 1 LAA; ATF 127 V 456; Recommandations relatives à l'application de la LAA et de l'OLAA du 22 juillet 2015, no 1/2016, ch. 3). Selon l'art. 22 al. 1 OLAA, en vigueur depuis le 1er janvier 2016, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 148'200.- par an. Auparavant, dès le 1er janvier 2014, le montant maximum du gain assuré était de CHF 126'000.- (art. 22 al. 1 aOLAA).

E. 4

Règles relatives à l'appréciation des preuves

E. 4.1

Selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante, applicable dans le droit des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (arrêt TF 8C_549/2018 du 22 janvier 2019 consid. 3 et les références).

E. 4.2

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 les références). 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. 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).

E. 4.3

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 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, 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 et à s'exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références).

E. 5

Objet du litige En l'espèce, est litigieuse la fixation de l'IPAI, plus précisément le taux retenu et le montant maximum du gain assuré pris en compte par Groupe Mutuel. Pour traiter de ces questions, il y a lieu de revenir sur les accidents du recourant et l'évolution de son état de santé.

E. 6

Accidents du 18 juillet 2015 et du 21 août 2016 et évolution jusqu'en octobre 2020

E. 6.1

Le 18 juillet 2015, alors qu'il se trouvait sur son lieu de travail, le recourant a glissé sur le sol mouillé de la cuisine et, en tombant, sa tête et son épaule droite ont percuté une étagère (doc. 1). Les diagnostics d'entorse acromio-claviculaire à droite, de tendinite du sus-épineux et de bursite sous-acromio-delhoïdienne ont été posés (doc. 15). Il y avait également des cervicalgies simples, non déficitaires (doc. 2).

E. 6.2

Le 21 août 2016, le recourant a glissé une nouvelle fois sur son lieu de travail et s'est retenu au sol avec la main droite en tombant, se blessant à l'épaule droite (doc. 34).

E. 6.3

Le 6 octobre 2016, une IRM de l'épaule droite a été effectuée, laquelle montrait de nouveaux arguments en faveur d'une légère tendinite du sus-épineux, associée à une légère bursite sous-acromio-delhoïdienne, qui était toutefois moins marquée que sur l'examen de 2015 (doc. 37).

E. 6.4

Le 22 février 2017, il a subi une arthroscopie de l'épaule droite avec débridement de l'effilochement du labrum et fixation par 2 ancras (doc. 74). Les diagnostics de lésion du labrum antérieur avec lésion et tendinopathie du biceps, ainsi que d'une chondropathie post-traumatique de stade II de la glène ont été posés (doc. 76).

E. 6.5

Le 18 septembre 2017, le Dr C. _____, médecin d'assurance, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a vu le recourant en consultation. Il ressort de son rapport que,

s'agissant de la mobilisation active (= mouvement de l'articulation obtenu par des contractions musculaires volontaires du patient) de l'épaule, l'abduction était de 110°. En mobilisation passive (= mouvement de l'articulation obtenu par des techniques manuelles ou

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 instrumentales sans participation du patient), la mobilisation avait été difficile avec une abduction de 70°, soit inférieure aux valeurs obtenues lors de la mobilisation active (doc. 91).

E. 6.6

Le 13 septembre 2018, le Dr D._____, médecin traitant, spécialiste en chirurgie orthopédique, indiquait que le recourant gardait toujours des douleurs au niveau de son épaule droite, mais dans des mouvements extrêmes (doc. 106).

E. 6.7

Le 8 juillet 2020, le recourant a été vu en consultation par le Dr E._____, médecin traitant, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. La mobilisation passive de l'épaule droite était limitée en abduction à 80° et en flexion à 90°. La mobilisation active était limitée en abduction et en flexion (doc. 119).

E. 6.8

Le 15 juillet 2020, une arthro-IRM a été effectuée, laquelle mettait en évidence de légers remaniements dégénératifs acromio-claviculaires, une petite bursite sous-acromio-deltoïdienne et de légers signes d'une tendinopathie du tendon du muscle sus-épineux. Il y avait également une lésion linéaire de contraste évoquant une petite déchirure du labrum antérosupérieur faisant suspecter une nouvelle petite déchirure. Les diagnostics de capsulite rétractile (= affection caractérisée par une raideur et une douleur dans l'articulation de l'épaule), tendinopathie du tendon du long chef du biceps et d'une suspicion de cervico-brachialgie à droite ont été posés (doc. 119).

E. 6.9

Le 23 octobre 2020, le Dr E._____ indiquait une amélioration de 30-40% suite à des infiltrations de cortisone qui avaient été effectuées (doc. 120).

E. 7

Procédure relative à l'IPAI

E. 7.1

Le 9 juin 2021, le Dr F._____, médecin d'assurance, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a vu le recourant pour évaluation du taux d'indemnisation pour l'IPAI. S'agissant de la mobilité active de l'épaule droite, l'abduction était de 105°. Les séquelles du recourant ouvraient le droit à une IPAI, pour autant qu'il ne bénéficiait pas d'une nouvelle opération. L'estimation du taux d'IPAI était de 12.5%. Ce taux correspondait au taux moyen attribué à une épaule mobile jusqu'à l'horizontale (15%) et mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale (10%), selon la table 1 LAA. La situation du recourant correspondait à une atteinte d'une telle gravité (doc. 121).

E. 7.2

Le 8 décembre 2021, le recourant, par le biais de son mandataire, indiquait contester l'évaluation du taux d'IPAI effectuée par le Dr F._____. Selon lui, il n'avait pas de

mobilité de son bras en élévation au-delà de l'horizontale. Le Dr F. _____ avait tenté de le faire et cela lui avait occasionné de vives douleurs sur le moment, douleurs qui s'étaient aggravées et qui persistaient (doc. 122).

E. 7.3

Le 13 janvier 2022, une arthro-IRM de l'épaule droite a été effectuée, laquelle concluait notamment à des signes modérés mais présents d'arthrose acromio-claviculaire (probables séquelles d'une petite entorse acromio-claviculaire) (doc. 125).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13

E. 7.4

Dans un rapport du 15 février 2022 produit par le recourant dans le cadre de la procédure d'opposition, le Dr E. _____ indiquait que, lors de son examen physique le 12 janvier 2022, l'abduction passive était limitée à 80° et la flexion passive était limitée à 90°. La rotation externe était aussi limitée à 70°. On se trouvait notamment en présence d'une arthrose de l'articulation acromio-claviculaire. Le dernier examen arthro-IRM montrait des signes modérés, mais présents, d'arthrose acromio-claviculaire avec une surcharge congestive. La mention d'une « probable séquelle de luxation acromio-claviculaire » parlait en faveur d'une origine post-traumatique de celle-ci (doc. 125).

E. 7.5

Le 23 mars 2022, le recourant a été vu en consultation par le Dr G. _____, médecin traitant, spécialiste en chirurgie orthopédique. Le recourant se plaignait de douleurs cervicales avec irradiation au membre supérieur droit. Une IRM avait été réalisée qui avait mis en évidence une hernie discale en C5-C6, pouvant expliquer la symptomatologie (pièce 11 recours).

E. 8

Rapports postérieurs à la décision sur opposition

E. 8.1

Le 29 juillet 2023, le Dr F. _____ précisait que la mobilité de l'épaule lors de l'examen clinique du 9 juin 2021 avait été évaluée sur le mode actif, c'est-à-dire que seul le patient avait mobilisé son épaule, sans participation active de l'examineur qui se limitait à mesurer les amplitudes articulaires. Pour les suites des événements survenus le 18 juillet 2015 et le 21 août 2016, le taux d'IPAI de 12.5% pour l'atteinte globale de l'épaule droite était conforme aux constatations médicales qui avaient été faites lors de l'examen médical du 9 juin 2021 (doc. 127). Le 30 décembre 2023, il précisait que les événements de 2015 et de 2016 étaient chacun, à part égale, à l'origine des séquelles indemnisables présentées par le recourant (doc. 128).

E. 8.2

Par courriel du 15 août 2023 établi sur demande du recourant, le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique, indiquait, s'agissant de l'IPAI, que les termes utilisés par la table LAA concernant l'atteinte du plan horizontal étaient vagues. En effet, on ne savait pas s'il s'agissait d'une mesure de l'élévation ou de l'abduction ou s'il s'agissait de la possibilité d'atteindre ou non, quel que soit le type de mouvement considéré, ce plan. La lecture de l'avis du Dr F. _____ montrait un angle de 125° en antépulsion et de 105° en abduction et donc, dans tous les cas, l'atteinte du plan horizontal. Cela indiquait une

appréciation « non acrimonieuse » par le Dr F._____. Par ailleurs, l'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire annoncée de type I était très vraisemblablement sans aucune relation de causalité avec l'événement du 18 juillet 2015.

E. 8.3

Le 8 août 2024, le Dr F._____ indiquait pour sa part que l'arthrose acromio-claviculaire était, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité probable avec l'accident du 18 juillet 2015 et non avec celui du 21 août 2016.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 Toutefois, celle-ci étant de gravité moyenne, elle ne générerait aucun taux d'atteinte à l'intégrité selon la table 5 LAA. Il en allait de même de l'instabilité modérée de l'articulation acromio-claviculaire (table 6 LAA). Par ailleurs, l'arthrose acromio-claviculaire n'était pas susceptible d'évoluer en atteinte grave dans le futur. L'accident du 18 juillet 2015 avait occasionné des cervicalgies simples, non déficitaires, et un traumatisme cervical indirect à basse énergie cinétique. Il n'avait pas provoqué de lésion structurelle qui lui serait imputable et a cessé de déployer ses effets 12 mois après. Ainsi, les troubles cervicaux n'étaient pas imputables à l'accident du 18 juillet 2015, mais en relation de causalité avec l'état dégénératif/maladif démontré à l'imagerie. Ils n'étaient dès lors pas indemnisables. S'agissant des valeurs de mobilité de l'épaule droite retenues par le Dr E._____, elles n'étaient pas comparables avec les siennes. Cette discrédance ne retrouvait toutefois aucune explication orthopédique.

E. 9

Discussion s'agissant du taux d'IPAI retenu

E. 9.1

En l'espèce, Groupe Mutuel, en se fondant sur l'appréciation du Dr F._____, a retenu que le recourant avait droit à une IPAI d'un taux de 12.5%. Ce taux correspondait à la moyenne entre le taux attribué à une épaule mobile jusqu'à l'horizontale, soit 15%, et le taux attribué pour une épaule mobile jusqu'à 30% au-dessus de l'horizontale, soit 10%, selon les tables LAA. Pour sa part, le recourant conteste l'appréciation du Dr F._____, en particulier sa méthodologie dans la mesure de la mobilité de son épaule. Selon lui, les amplitudes prétendues par ce médecin ne peuvent en aucun cas être reproduites. Lors de l'examen, il avait mesuré de façon artificielle et contestable, en le manipulant avec brusquerie. En outre, il soutient que l'atteinte au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, des atteintes cervicales et des douleurs brachiales n'ont pas été prises en compte. En définitive, il indique que le dossier a été insuffisamment instruit, de sorte qu'il convient de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

E. 9.2

Il ressort du dossier que le rapport du Dr F._____, sur lequel s'est fondé Groupe Mutuel, a été effectué en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. En outre, le médecin a examiné personnellement le recourant et les constatations médicales qui en résultent sont claires, cohérentes et motivées. Il a de plus constaté objectivement les limitations subies par le recourant et procédé à une évaluation de l'atteinte à l'intégrité en résultant. S'agissant des remarques du recourant au sujet de la méthodologie du médecin d'assurance dans la mesure de la mobilité, il y a d'emblée lieu de relever que les examens opérés par le médecin d'assurance ont été effectués en mobilisation active, soit par le mouvement volontaire du recourant, sans intervention du médecin. Aussi, le recourant ne

peut être suivi lorsqu'il soutient avoir été manipulé avec brusquerie lors de l'examen de la mobilité. Par ailleurs, les seules constatations du Dr E. _____ ne permettent pas de mettre en doute les mesures établies par le médecin d'assurance. En effet, ses rapports font uniquement mention des

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 mesures de la mobilisation passive, soit une abduction de 80° en 2020 et en 2022. S'agissant de la mobilisation active, il a uniquement précisé que l'amplitude de mouvements active était limitée en abduction. Ainsi, les résultats obtenus par le Dr F. _____ en mobilisation active ne peuvent pas être comparés avec ceux mesurés par le Dr E. _____ en mobilisation passive. Ceci vaut d'autant plus au vu du fait que le Dr C. _____ avait constaté que la mobilisation passive mesurée était inférieure aux valeurs obtenues lors de la mobilisation active. Par ailleurs, l'abduction de 105° mesurée par le Dr F. _____ correspond, à peu près, au 110° qui avaient été mesurés par le Dr C. _____ en 2017. En outre, elle va également dans le sens des constatations du Dr D. _____ en 2018, lequel indiquait des douleurs à l'épaule droite, mais uniquement dans les mouvements extrêmes. Finalement, l'appréciation du Dr H. _____ ne suffit pas non plus pour mettre en doute l'avis du Dr F. _____, le recourant indiquant d'ailleurs lui-même que cette appréciation fait apparaître plus de questions que de certitudes. Par conséquent, au vu de ce qui précède, il y a lieu d'accorder pleine valeur probante à l'appréciation du Dr F. _____. A ce titre, il est rappelé que l'opinion motivée d'un médecin d'assurance a plus de poids que l'appréciation des médecins traitants, lesquels sont enclins, en cas de doute, à s'exprimer en faveur du patient, vu la relation de confiance qui les lie à ce dernier. Dès lors, aucun manquement à l'obligation d'instruire ne pouvant être reproché au Groupe Mutuel, il n'y a pas lieu de lui renvoyer la cause pour expertise.

E. 9.3

Sur la base de l'abduction mesurée lors de l'examen clinique, Groupe Mutuel a estimé le taux d'IPAI à 12.5%, soit la moyenne entre le taux pour une épaule mobile jusqu'à l'horizontale et celui pour une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale, selon les tables LAA. Dans la mesure où les atteintes dont souffre le recourant ne figurent pas au barème des lésions figurant à l'annexe 3 OLAA, il était fondé à utiliser les tables LAA, ce d'autant plus qu'elles sont destinées à assurer l'égalité de traitement entre les assurés. En outre, vu l'amplitude mesurée par le médecin d'assurance, soit 105° en abduction, une moyenne entre une épaule mobile jusqu'à l'horizontale (90°) et une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale (120°) pouvait être prise en compte.

E. 9.4

Par ailleurs, s'agissant de l'arthrose acromio-claviculaire, celle-ci n'ouvre pas droit à une IPAI, puisqu'il s'agit seulement d'une arthrose moyenne (cf. table 5). Il en va de même des atteintes cervicales mentionnées par le recourant. En effet, l'IRM de 2015 avait constaté des cervicalgies simples et non déficitaires, lesquelles avaient cessé de déployer leurs effets 12 mois après l'accident, selon l'appréciation du médecin d'assurance. Par ailleurs, l'IRM de 2022 avait relevé une hernie discale qui pouvait être la cause des douleurs du recourant, ce qui indique que les éventuelles douleurs persistantes n'étaient plus en lien avec les accidents subis. Partant, c'est à juste titre que Groupe Mutuel n'a pas pris en compte l'arthrose acromio-claviculaire et les cervicalgies dans l'évaluation du taux de l'IPAI. A ce titre, il est rappelé que l'IPAI vise uniquement à compenser le dommage résultant d'une atteinte importante et durable à l'intégrité, soit

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 une altération grave qui subsistera avec la même intensité durant toute la vie, les deux types d'atteintes non prises en considération ne remplissant pas ces conditions. Le taux de 12.5% retenu par Groupe Mutuel peut dès lors être confirmé.

E. 10

Discussion s'agissant du montant maximum du gain assuré

E. 10.1

Dans la décision querellée, Groupe Mutuel a pris en compte le gain assuré maximal au moment de l'accident de 2015, soit CHF 126'000.-. Dans ses observations, se fondant sur l'appréciation du médecin d'assurance, il a modifié son calcul afin de tenir compte, à parts égales, des deux accidents. Il a ainsi pris en compte la moyenne entre le montant maximum déterminant en 2015 et celui en 2016. Pour sa part, le recourant soutient que le salaire déterminant en 2016 doit être pris en compte, dans la mesure où l'accident de 2016 a été plus dommageable que le précédent, puisqu'il n'avait pas pu reprendre son travail à la suite de cet accident.

E. 10.2

Comme exposé ci-avant dans la partie en droit, l'IPAI ne sert pas à réparer les conséquences économiques d'une atteinte, mais a pour but de réparer le préjudice immatériel qui en résulte. Aussi, le fait que le recourant n'a pas repris le travail à la suite de l'accident de 2016 n'est pas déterminant. Seule l'atteinte à l'intégrité est décisive. Il ressort du dossier que les accidents de 2015 et 2016 se sont déroulés dans des circonstances à peu près semblables. Par ailleurs, les deux IRM effectuées suite aux accidents de 2015 et 2016 sont globalement superposables. Ainsi, le médecin d'assurance peut être suivi lorsqu'il indique que les deux accidents sont, à parts égales, à l'origine des séquelles indemnisables présentées par le recourant. Il convient dès lors d'admettre partiellement le recours et de modifier la décision attaquée dans le sens où le montant déterminant pris en compte pour fixer l'IPAI résulte de la moyenne entre le montant déterminant en 2015 (CHF 126'000.-) et celui en 2016 (CHF 148'200.-). Groupe Mutuel a d'ailleurs admis dans ses observations que la décision devait être modifiée en ce sens. Ainsi, une IPAI de 12.5% de CHF 137'100.-, soit CHF 17'137.50, doit être allouée au recourant. Pour le surplus, le recours est rejeté.

E. 11

Sort du recours, frais de procédure et indemnité de partie

E. 11.1

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. La décision sur opposition du

E. 11.2

En application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière (art. 61 let. f bis de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1]), il n'est pas perçu de frais de procédure.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13

E. 11.3

Par ailleurs, ayant obtenu partiellement gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de partie partielle pour ses frais de défense (art. 138 al. 2 du code fribourgeois du 23 mai

1991 de procédure et de juridiction administrative [CPJA; RSF 150.1]). La liste de frais produite par son mandataire fait état d'un total de 13 heures et 34 minutes de travail, soit CHF 3'391.65 au tarif horaire de CHF 250.- (art. 8 al. 1 du tarif fribourgeois du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative [Tarif JA; RSF 150.12]), ainsi que de CHF 153.- de débours. Ce nombre d'heures et le montant des débours, raisonnables, peuvent être repris pour fixer l'indemnité due au recourant. Celui-ci n'ayant cependant obtenu que partiellement gain de cause, l'indemnité sera fixée au quart de ce montant, soit CHF 847.90 d'honoraires, CHF 38.25 de débours et CHF 71.80 de TVA (CHF 23.95 à 7.7% et CHF 47.85 à 8.1%), pour un montant total de CHF 957.95. Ce montant est mis à la charge de Groupe Mutuel.

E. 11.4

Le recourant a en outre requis l'octroi de l'assistance judiciaire totale (605 2023 175). Au vu des pièces produites, ce dernier 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 à son existence. En outre, la présente procédure ne paraissait pas d'emblée dénuée de chance de succès, ce qui est d'ailleurs confirmé par l'admission partielle des conclusions (art. 142 CPJA). Ainsi, il y a lieu de faire droit à la requête d'assistance judiciaire et de nommer Me Olivier Carré comme défenseur d'office.

E. 11.5

Ce dernier a droit à une indemnité de défenseur d'office. Le quart du temps ressortant de la liste de frais étant indemnisée par Groupe Mutuel à titre d'indemnité de partie, le reste doit être indemnisé au tarif horaire de CHF 180.- applicable à l'assistance judiciaire. C'est ainsi un montant total de CHF 2'102.25 qui est alloué à titre d'indemnité de défenseur d'office, soit CHF 1'830.- d'honoraires (10 heures et 10 minutes à CHF 180.- de l'heure), CHF 114.75 de débours et CHF 157.50 de TVA (CHF 52.50 à 7.7% et CHF 105.- à 8.1%). (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 la Cour arrête : I. Le recours (605 2023 174) est partiellement admis. Partant, la décision sur opposition du 13 juillet 2023 est modifiée dans le sens qu'une IPAI de CHF 17'137.50, soit 12.5% de CHF 137'100.-, est allouée à A._____. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure. III. L'indemnité de partie partielle allouée au recourant pour ses frais de défense est fixée à CHF 957.95, TVA de CHF 71.80 (CHF 23.95 à 7.7% et CHF 47.85 à 8.1%) comprise. Elle est mise à la charge de Groupe Mutuel Assurances GMA SA. IV. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2023 175) est admise et Me Olivier Carré est désigné défenseur d'office. V. L'indemnité due au défenseur d'office est fixée à CHF 2'102.25, TVA de CHF 157.50 (CHF 52.50 à 7.7% et CHF 105.- à 8.1%) comprise. Elle est mise à la charge de l'Etat de Fribourg. VI. 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. Si le bénéficiaire de l'assistance judiciaire revient à meilleure fortune ou s'il est

démontré que son état d'indigence n'existait pas, la collectivité publique peut, dans les dix ans dès la clôture de la procédure, exiger de lui le remboursement de ses prestations (art. 145b al. 3 CPJA). Fribourg, le 26 mars 2025/anm Le Président La Greffière

E. 13

juillet 2023 est par conséquent modifiée dans le sens qu'une IPAI de CHF 17'137.50, soit 12.5% de CHF 137'100.-, est allouée au recourant.

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