

VS_GERICHTE S2 22 61 vom 30. April 2024

VS Kantonsgericht, 2024-04-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 22 61](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_22_61)

FR: VS_GERICHTE S2 22 61 du 30 avril 2024

IT: VS_GERICHTE S2 22 61 del 30 aprile 2024

Regeste

S2 22 61 ARRÊT DU 30 AVRIL 2024 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ; Simon Hausammann, greffier en la cause X _____, recourant, représenté par Maître Andrea Daldini, avocat, Bironico contre HOTELA ASSURANCES SA, intimée, représentée par Maître Lorenz Fivian, avocat, Morat (art. 19 et 24 LAA ; fin du traitement médical, capacité de travail dans une activité adaptée, indemnité pour atteinte à l'intégrité)

Erwägungen

E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément. Remis à la poste le 18 juillet 2022, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 21 juin précédent, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'autorité compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations accident au-delà du 30 novembre 2021 (indemnités journalières), respectivement au-delà du 31 janvier 2022 (frais médicaux), en lien avec son accident du 28 février 2020, ainsi que sur le taux de l'IPAI octroyé. Dans un premier temps, il convient d'examiner si la situation médicale était stabilisée et si elle permettait à l'intéressé d'exercer une activité lucrative adaptée.

E. 2.1

Selon l'article 10 alinéa 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. 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. En outre, durant son incapacité de travail (art. 6 LPGA), l'assuré a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Ce droit prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et

- 11 - s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). En vertu de l'article 19 alinéa 1 LAA, le droit à la rente prend naissance lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré. Cette disposition délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical, respectivement aux indemnités journalières, et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état

de santé peut être considéré comme relativement stabilisé. 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 du Tribunal fédéral 8C_270/2018 du 6 juin 2019 consid. 3, 8C_584/2009 consid. 2 in SVR 2011 UV n° 1 p. 1 et 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. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures ne donnent droit à sa mise en œuvre (arrêt 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4 et la référence citée), à l'instar d'une cure annuelle qui ne ferait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (arrêts du Tribunal fédéral U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1 [in RAMA 2005 n° U 557 p. 388] et 8C_215/2018 du 4 septembre 2018 consid. 5.2.2). Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_736/2017 du 20 août 2018 consid. 4.1 et la référence citée). Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 ; 8C_484/2019 du 3 août 2020 consid. 3 et les arrêts cités). Si une amélioration n'est plus possible, le traitement prend fin et l'assuré peut prétendre à une rente d'invalidité (pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10% au moins ; art. 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA).

- 12 - Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (FRÉSARD/MOSER- SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3e éd. 2016, n. 222 p. 975).

E. 2.2

En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, le paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA ; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents : art. 21 LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et 118 V 293 consid. 2c).

E. 2.3

Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF

135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a). L'autorité compétente 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 125 V 351 consid. 3a ; SVR 2007 IV n° 31 p 111 [I 455/06]

- 13 - consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3, 141 I 60 consid. 3.3, 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc). Il ne se justifie pas d'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 du Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). En revanche, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'article 44 LPG, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1, 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Dans tous les cas, il convient cependant de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Cela signifie qu'en procédure judiciaire, le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve objectivement et indépendamment de leur origine puis décider si les pièces à disposition permettent de

procéder à une appréciation fiable des prétentions litigieuses. En présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut notamment pas trancher le litige sans apprécier toutes les pièces médicales et exposer les motifs pour lesquels il se fonde sur un avis médical plutôt que sur un autre.

- 14 - En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire, et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées. N'est donc en soi déterminante pour la valeur probante d'un moyen de preuve ni la provenance d'une prise de position reçue ou demandée par le biais d'un mandat ni sa désignation en tant que rapport ou expertise. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêts du Tribunal fédéral 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2, 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 et U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345).

E. 2.4

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement 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'évènement 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 *conditio sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le domaine des assurances sociales. Ainsi, lorsque

- 15 - l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1, 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 avec les références).

E. 2.5

Dans le cas d'espèce, il convient d'examiner si l'intimée pouvait légalement considérer que la situation médicale du recourant était stabilisée au 31 janvier 2022 et si elle pouvait mettre

un terme au versement des indemnités journalières au 30 novembre 2021 déjà.

E. 2.5.1

Tel que retenu dans les faits, après son accident du 28 février 2020, le recourant a subi plusieurs opérations chirurgicales permettant une consolidation des fractures de sa cheville gauche et une récupération d'une bonne position axiale. Une ablation du matériel d'ostéosynthèse a ensuite pu être réalisée le 29 mars 2021, au vu de la bonne évolution de la situation. En été 2021, les douleurs du recourant avaient diminué et il avait récupéré une meilleure mobilité au niveau de son membre inférieur gauche. Le trouble qui persistait ne justifiait pas une nouvelle opération et seuls des traitements conservateurs ont été proposés au recourant. Une IRM du 3 septembre 2021 a mis en évidence une fracture de la tête fibulaire au niveau du genou gauche. L'intéressé s'est, par la suite, également plaint de douleurs au rachis. Lors de sa consultation du 10 septembre 2021, puis celles qui ont suivies, le Dr D _____ a confié au recourant que plus aucune mesure médicale n'était envisagée. Reprenant l'expertise du Dr G _____, dont il a partagé les conclusions, il a noté qu'il n'existait plus un énorme potentiel de réhabilitation et que seul un renforcement musculaire était encore indiqué au niveau du membre inférieur gauche. Concernant l'atteinte du genou, le Dr D _____ n'a observé aucune instabilité et a relevé que son patient allait nettement mieux, qu'il pouvait mobiliser de façon normale sa jambe gauche et qu'il ressentait de légères douleurs uniquement lors de mise en charge prolongée (cf. rapport du 10 septembre 2021 ; dossier 3, pièce A104). Ce rapport suffit déjà à retenir que la situation médicale du recourant était stabilisée lorsque Hotela a décidé de mettre un terme au versement des indemnités journalières au 31 novembre 2021. Les seuls traitements que le recourant devait encore suivre à cette date résidaient dans des séances de physiothérapie, d'ergothérapie, le port d'une chaussure orthopédique et dans une thérapie par ondes de choc. En particulier, les médecins italiens du recourant suggéraient la poursuite d'une thérapie conservative sous la forme de séances de physiothérapie. Or, on ne voit pas dans quelle mesure ces

- 16 - traitements pouvaient apporter une amélioration notable de sa capacité de travail. Contrairement à ce qu'il indique dans son mémoire de recours, la jurisprudence constante confirme qu'une simple amélioration de l'affection, un soulagement de courte durée ou des contrôles médicaux quant à l'évolution de la situation sont exclus de la notion de traitement médical (arrêts du Tribunal fédéral 8C_306/2016 du 22 septembre 2016 consid. 5.3 et 8C_277/2012 du 12 octobre 2012 consid. 2.3.2). Les thérapies encore dispensées au-delà du 10 septembre 2021 poursuivaient ainsi uniquement le but de soulager momentanément les douleurs du recourant sans être susceptibles d'apporter une amélioration sensible de son état de santé qui était stationnaire (à l'instar d'une cure annuelle [arrêt 8C_215/2018 précité consid. 5.2.2], d'un traitement analgésique et anti-inflammatoire [arrêt 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 6.4] ou de séances de physiothérapies [arrêt 8C_736/2017 précité consid. 4.1]). Les différents médecins ont en effet affirmé que seules une arthrodeuse ou la mise en place d'une articulation artificielle dans la cheville gauche du recourant pouvaient encore être réalisées. Ils ont toutefois tous indiqué que l'intéressé devrait se soumettre à une telle opération sur le long terme et aucun n'a soutenu qu'elle devait avoir lieu dans un espace de temps rapproché, de sorte qu'elle ne consistait qu'en une possibilité lointaine de résultat positif insuffisante pour remettre en cause la stabilisation du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4). Hotela a d'ailleurs d'emblée précisé au recourant qu'une telle opération pourrait être prise en charge dans le cadre d'une rechute

après examen des conditions.

E. 2.5.2

On ajoutera que selon l'expertise probante du 2 août 2021 du Dr G _____, le recourant avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Pour l'expert, l'arthrose post-traumatique tibio-tarsienne gauche, ainsi que le status après fracture multi-fragmentaire du pilon tibial gauche, empêchaient la reprise de l'activité habituelle de cuisinier qui nécessitait une position debout prolongée. En revanche, dans une activité adaptée en position assise ou semi-assise, le Dr G _____ a confirmé que le recourant pouvait reprendre un emploi à temps plein (cf. expertise du 2 août 2021 ; dossier 3, pièce A94). Aucun élément ne permet de douter de l'analyse cohérente et fondée de l'expert qui a, au demeurant, été confirmée par le Dr D _____ (cf. avis du 10 septembre 2021 ; dossier 3, pièce A104). Dès lors qu'une pleine capacité de travail avait été récupérée dans une activité adaptée, l'intimée pouvait également retenir que le cas était stabilisé. S'agissant des troubles au rachis, on relève que l'activité adaptée en tient également compte et qu'au demeurant cette affection n'a donné lieu à aucun examen médical particulier. Ils ne remettent ainsi pas en cause la stabilisation du cas.

- 17 - Le recourant ne conteste pas qu'il avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, mais fait grief à l'intimée de n'avoir entrepris aucune mesure de réhabilitation, à l'exception d'un cours d'allemand. Il perd cependant de vue que la réadaptation professionnelle est de la compétence de l'assurance-invalidité et non celle de l'assurance-accidents. Il semble également oublier son obligation générale de diminuer le dommage qui commandait, en l'espèce, qu'il reprenne rapidement une activité professionnelle, le cas échéant dans un poste adapté à ses troubles somatiques et autre que celui qu'il occupait avant son accident. Il était par conséquent attendu du recourant qu'il reprenne une activité adaptée à temps plein depuis la stabilisation de sa situation en décembre 2021. Le fait qu'il ait retrouvé un emploi de cuisinier à 100% en mars 2023 n'y change rien, dès lors que l'ensemble des médecins avait retenu qu'une telle activité n'était plus exigible.

E. 2.5.3

Au stade du recours, l'intéressé se prévaut encore de troubles psychologiques dont il avait souffert, estimant que cet aspect n'avait pas été examiné par l'intimée. On note que le recourant a confié au Dr D _____ le 27 janvier 2022 qu'il se trouvait dans une situation financière et sociale compliquée et qu'il traversait une phase psychologique difficile. Ces plaintes étaient dues au fait qu'il n'était pas soutenu par l'OAI et devait s'annoncer auprès de l'aide sociale. Elles faisaient aussi suite au courrier d'Hotela ayant informé son assuré que ses prestations prendraient un terme en fin d'année 2021 et qu'il était attendu de lui qu'il reprenne une activité adaptée (cf. rapport du 1er février 2022 ; dossier 1, pièce A7). A trois reprises, le recourant a ainsi été examiné par le centre de psychiatrie de l'Hôpital de Brigue pour un trouble de l'adaptation (F43.2), jusqu'à ce qu'il décide lui-même d'interrompre le suivi. Il ressort des observations du psychiatre de ce centre que les troubles de l'intéressé étaient essentiellement apparus après qu'il eut appris la fin du versement de ses indemnités journalières et dans le cadre de pressions qu'il aurait subies par Hotela à la manière d'une « terreur psychologique » (dossier 1, pièce A20). Dans de telles circonstances, un lien de causalité naturel et adéquat entre les troubles allégués et l'accident du 28 février 2020 est difficile à établir, notamment en raison de leur date d'apparition

éloignée de l'accident (près de deux ans après), de leur rapide résorption et du fait qu'elles sont liées à des facteurs psychosociaux étrangers à l'évènement accidentel. On ne peut, en outre, pas retenir que le recourant a été victime d'un accident dont la gravité et le caractère impressionnant auraient été propres à provoquer auprès de lui des troubles psychiques (ATF 117 V 359 consid. 6, 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_540/2018 du 22 juillet

- 18 - 2019 consid. 4.2). Le recourant ne démontre en tout cas pas que tel serait le cas, de sorte que c'est à juste titre que l'intimée n'a pas pris en compte les troubles psychologiques pour arrêter la date de stabilisation de la situation.

E. 2.5.4

Au vu des éléments qui précèdent, il n'était pas critiquable pour Hotela de retenir que la situation était stabilisée en décembre 2021 déjà, que le recourant avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et que les traitements qui lui étaient encore dispensés n'étaient plus susceptibles d'apporter une amélioration significative de son état de santé. Il n'était en outre pas nécessaire que l'intimée ordonne une mesure d'instruction complémentaire, les faits étant essentiellement établis sur le plan médical (appréciation anticipée des moyens de preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 et 144 II 427 consid. 3.1.3).

E. 2.5.5

Le recourant fait encore grief à Hotela de l'avoir enjoint de suivre les séances de physiothérapie proche de son domicile à B _____ et d'avoir refusé de prendre en charge les frais liés au transport jusqu'à une clinique spécialisée de L _____ (dossier 2, pièce A31). Pour autant que cela entre dans le cadre du présent litige, on rappellera que les frais de voyage et de transport sont remboursés dans la mesure où ils sont médicalement nécessaires (art. 13 al. 1 LAA et 20 al. 1 OLAA). En l'occurrence, est litigieux le remboursement des frais de voyage (et non de transport), dans la mesure où le recourant se rendait par ses propres moyens jusqu'à la clinique de physiothérapie. Or, conformément à son devoir de diminuer le dommage, il lui revenait de consulter le thérapeute le plus proche de son domicile, à savoir un physiothérapeute de B _____. Dans la mesure où il a choisi de se rendre auprès d'un praticien éloigné de son domicile, il ne peut à présent pas se plaindre de devoir supporter les frais de voyage (MARTINA FILIPPO, Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019, n. 7 et 20 ad art. 13 LAA).

E. 3

Il reste, dans un second temps, à examiner le droit à des prestations (art. 19 al. 1 LAA). Le recourant conteste le taux d'IPAI retenu par Hotela. Le droit éventuel à une rente d'invalidité ne fait en revanche pas l'objet du litige.

E. 3.1

Selon l'article 24 alinéa 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 (al. 1). 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

- 19 - psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA). 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 (art. 36 al. 4 OLAA). Par ailleurs, en cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3 OLAA ; arrêt 8C_812/2010 du 2 mai 2011 consid. 6). Dans ce cas, il convient de d'abord additionner les pourcentages correspondant à chacune des atteintes, avant d'examiner de manière globale si le résultat obtenu est juste et proportionnel, en comparaison avec d'autres atteintes figurant dans l'annexe 3 à l'OLAA (arrêt 8C_346/2017 du 15 mars 2018 consid. 4.4 ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96 consid. 2a).

E. 3.2

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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 (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97 ; arrêt 8C_459/2008 consid. 2.3 ; voir également FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). 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. Elle est donc exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., 2007, no 229). En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (arrêt 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5 ; ATF 115 V 147 consid. 1 ;

- 20 - 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 no U 514 p. 415, U 134/03, consid. 5.2 ; RAMA 2000 no U 362 p. 41, U 360/98, consid. 1).

E. 3.3

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb et 113 V 218 consid. 2a ; arrêt 8C_238/2020 du 7 octobre 2020 consid. 3) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité 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). La Division médicale de la CNA 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). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, 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 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a).

E. 3.4

Dans le cas d'espèce, Hotela a repris les conclusions du Dr G _____ pour arrêter le taux de l'IPAI. Selon l'expert, conformément à la table d'indemnisation 5.2, une arthrose post-traumatique de la cheville gauche donne droit à une IPAI de 15% (cf. p. 14 de l'expertise du 2 août 2021 ; dossier 5, pièce A123). Cette analyse est exempte de critique et le recourant ne donne aucune raison qui justifierait de retenir une autre solution. L'instabilité de la cheville gauche qu'il mentionne n'est démontrée par aucune des pièces médicales au dossier et l'intéressé ne démontre pas plus, par un avis objectif et circonstancié, que l'atteinte à son genou représenterait une altération importante et durable ouvrant le droit à une indemnisation supplémentaire. Il convient par conséquent de confirmer le taux d'IPAI fixé à 15%.

E. 3.5

Au vu des éléments qui précèdent, le recours du 18 juillet 2022 est rejeté et la décision sur opposition du 21 juin 2022 confirmée.

E. 4.1

La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. a aLPGA et 83 LPGA).

E. 4.2

Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA ; art. 91 al. 3 LPJA).

- 21 - Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 30 avril 2024.

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