

VS_GERICHTE S2 22 80 vom 18. März 2025

VS Kantonsgericht, 2025-03-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 22 80](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_22_80)

FR: VS_GERICHTE S2 22 80 du 18 mars 2025

IT: VS_GERICHTE S2 22 80 del 18 marzo 2025

Regeste

- 2 - Faits A. X _____, né le xx.xx 1964, originaire du Cap-Vert, sans formation particulière, a exercé depuis 2003 une activité professionnelle en qualité d'ouvrier agricole au service de A _____. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels auprès de la Mobilière Suisse Société d'assurances SA (ci-après : la Mobilière). B. Le 17 novembre 2017, il a accidentellement mis sa main gauche dans une presse à maïs lui occasionnant des plaies à la dernière phalange du pouce, de l'index, du majeur et de l'annulaire de la main gauche. Pris en charge en urgence à l'Hôpital de Sierre pour une sub-amputation distale (P3) au majeur (D3), une perte de substance osseuse et cutanée (P3) de l'index et de l'annulaire (D2 et D4) et une perte de substance cutanée (P2) du pouce (D1), il a subi une révision des plaies ainsi qu'un débridement et une réapproximation des berges le jour même (dossier de la Mobilière ; pièces 3 à 5 et 13). Au vu de l'évolution exempte de complication, le traitement a ensuite pris la forme de séances d'ergothérapie (2 à 3 fois par semaine) apportant une lente évolution marquée par l'apparition d'une allodynie distale, d'une limitation de la flexion des doigts D2 à D4, ainsi que d'une hyperesthésie des quatre doigts (pièce 21). Sur conseil de la Mobilière, l'intéressé a adressé une demande de prestations à l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), en date du 25 avril 2018 (pièce

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 4 novembre 2022, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 4 octobre 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 LAA. Ce dernier remet d'abord en cause sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

E. 2.1

Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-là est incapable de travailler.

Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

E. 2.2

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

- 11 - 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 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] 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 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 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

- 12 - 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. 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 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 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. 2.3

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

- 13 - 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 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. 2.4

Dans le cas d'espèce, sans contester la stabilisation de la situation médicale, le recourant estime qu'il n'est pas en état d'exercer à plein temps une activité adaptée en raison de ses différents troubles.

E. 2.4.1

S'agissant des atteintes à l'épaule gauche et à la ceinture scapulaire du recourant, l'intimée a considéré qu'elles n'étaient pas dans un lien de causalité naturelle avec l'évènement du 17 novembre 2017. Il ressort en effet de l'expertise du 8 mars 2021 du Dr H _____ que la lombosciatalgie atypique et peu marquée était sans lien avec l'évènement en question. L'expert a en outre expliqué d'une manière fondée et cohérente que les douleurs à l'épaule gauche, dont l'étiologie était peu claire, pouvaient s'expliquer par une arthrose acromio-claviculaire modérée qui était banale pour une personne de 50 ans ayant travaillé dans une activité physique (cf. p. 16 de l'expertise du 8 mars 2021 ; pièce 181). Cette analyse est probante et il apparaît que le recourant présentait déjà des troubles au niveau du membre supérieur gauche et du rachis depuis plusieurs années avant qu'il ne soit victime de l'accident en cause, comme l'a relevé le Dr C _____ dans son avis du 21 mars 2019. Ce médecin a ainsi indiqué que les troubles de son patient évoluaient depuis des années « dans les suites d'une chute sur son lieu de travail », sans nullement faire référence à l'accident du 17 novembre 2017 (pièce 72). L'anamnèse décrite lors de l'examen à la CRR du 10 avril 2019 a également fait mention d'une chute en 2013 à l'occasion de laquelle le recourant s'était réceptionné sur le coude gauche lui

- 14 - occasionnant des douleurs à ce membre puis à la ceinture scapulaire gauche (pièce 75). Ces éléments corroborent l'appréciation de l'expert et laissent effectivement apparaître que l'accident du 17 novembre 2017 n'a que possiblement réactivé les troubles à l'épaule gauche et au rachis, sous la forme d'un discret syndrome épaule/main, à l'instar de ce qu'a estimé le Dr E _____. Dans son avis du 23 août 2019, ce dernier a d'ailleurs uniquement observé des tensions musculaires dans l'épaule du recourant et n'a pas été en mesure d'expliquer ses plaintes douloureuses (pièce 100). Pour le reste, aucun indice ne laisse suggérer que le recourant aurait été sujet à un mouvement de torsion forcée lors de son accident. Aucune investigation de l'épaule gauche ou du rachis n'a d'ailleurs été entreprise avant l'échographie du 25 juin 2018, soit plus de 7 mois après l'accident, qui a finalement mis en avant un lipome totalement étranger à cet évènement accidentel (pièce 41). L'intéressé n'a au demeurant pas produit de rapport médical circonstancié qui retiendrait un lien probable entre ses lombalgies/cervicalgies et l'accident en question. On ajoutera que le Dr K _____ du Centre de la main du CHUV ne s'est jamais prononcé sur cette question et que ses examens ne portaient pas sur les épaule et le rachis du recourant mais uniquement sur la problématique liée à la main. Le dossier ne contient en outre aucun élément allant dans le sens d'une atteinte neurologique objective s'étendant dans tout le membre supérieur gauche susceptible d'expliquer les douleurs du recourant. A cet égard, on note que si le Dr K _____ a certes mentionné des douleurs neuropathiques irradiant dans le membre supérieur gauche, il n'a néanmoins jamais précisé

la nature de ces troubles ni clairement indiqué qu'ils étaient liés à l'affection de la main gauche, au vu de sa précision au recourant qu'une amputation au niveau P2 des doigts D2, D3 et D4 n'apporterait pas d'amélioration aux douleurs à l'épaule (cf. p. 4 du rapport du 4 janvier 2022 ; pièce 215). Au vu de ces éléments, les troubles présentés au niveau de l'épaule gauche et de la ceinture scapulaire étant déjà présents lors de la survenance de l'accident du 17 novembre 2017, il ne peut pas être retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre l'évènement du 17 novembre 2017 et ces troubles. Cela étant, on ajoutera encore que ces lésions n'ont de toute manière pas de caractère invalidant propre et que les éventuelles douleurs neuropathiques irradiant dans le membre supérieur gauche ont été prises en compte dans la définition d'une activité adaptée (n'impliquant pas d'effort avec la main gauche).

E. 2.4.2

Seules les affections au niveau de la main gauche doivent par conséquent être prises en considération dans l'examen du droit du recourant à des prestations LAA.

- 15 - A cet égard, l'expertise du 8 mars 2021 répond également à tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Selon le Dr H _____, une activité essentiellement monomanuelle droite ou bimanuelle n'utilisant pas la pince fine pollici-digitale gauche ou occasionnellement la pince digito- palmaire gauche était exigible. Si le Dr K _____ a, dans un premier temps, contesté le rendement que son patient pourrait obtenir dans une telle activité, il a reconnu dans ses derniers rapports des 12 avril 2022 et 15 juin suivant qu'un emploi pouvait être repris dans le domaine de la surveillance (pièces 232 et 238). Depuis la dernière opération du 10 février 2022, les douleurs au niveau de la main gauche avait en effet largement diminué, l'intéressé l'utilisait de plus en plus, pouvait étendre les doigts et faire des pinces légères et lentes en pollici-digitale ainsi que saisir des objets durs. Au vu de l'amélioration de la situation, il n'est pas relevant que l'appréciation de l'expert ait été rendue avant la dernière opération du 10 février 2022. Celle-ci a permis à l'intéressé de récupérer une bonne fonction digito-palmaire et même, dans une certaine mesure, la pince pollici-digitale, comme l'avait retenu le Dr H _____ pour arrêter ses conclusions (pièce 193). Il s'ensuit que la Mobilière et son médecin conseil avaient un dossier suffisamment complet pour rendre une décision sur la prise en charge des troubles et la définition d'une activité adaptée. Par conséquent, les faits médicaux étant essentiellement établis, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ne trouve pas d'appui (appréciation anticipée des moyens de preuve ; ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3). Dans la même mesure, il n'est pas nécessaire de verser en cause le dossier AI du recourant, ce dernier n'indiquant pas en quoi ce dossier, dont il a eu connaissance dans le cadre de la procédure de recours céans (S1 23 31 et 41), serait utile à la présente cause. On relèvera encore que le recourant n'a pas produit d'avis qui viendrait remettre en doute sa capacité de travail dans une activité adaptée. Les certificats d'arrêts de travail établis par son médecin traitant et ne contenant aucune motivation ne sont à cet égard pas suffisants. Quant au Dr K _____, il a reconnu que son patient pouvait reprendre le travail malgré ses plaintes au niveau de la main gauche ainsi que les scapulo- brachialgies hautes gauches qu'il présentait, ces dernières n'étant non seulement pas en relation de causalité naturelle avec l'évènement assuré mais également pas invalidantes.

E. 2.4.3

Dans ces circonstances, en l'absence d'indication médicale contraire, l'appréciation du 13 mai 2022 du médecin conseil de la Mobilière n'est pas critiquable (cf. pièce 235), de sorte qu'il convient de confirmer qu'en date du 8 juin 2022 la situation

- 16 - était stabilisée et que le recourant avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

E. 3

Dans un second grief, le recourant conteste le calcul de son taux d'invalidité, notamment l'utilisation des données statistiques et le fait qu'aucun abattement n'ait été opéré sur son revenu d'invalidité.

E. 3.1

Selon l'article 18 alinéa 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide (art. 8 LPGa) à 10% au moins par suite d'un accident. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état 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 cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGa).

Selon l'article 7 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 (al. 1) ; 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 (al. 2). La notion de marché équilibré est théorique et abstraite, elle sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accidents. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, au regard des sollicitations tant intellectuelles que physiques) d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b). D'après la jurisprudence, il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_830/2007 du 29 juillet 2008 consid. 5.1, in SVR 2008 IV n° 62 p. 203 ss.), au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises. Restent ainsi exigibles une activité ou un poste de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites « de

- 17 - niche » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_910/2015 du 19 mai 2016 consid. 4.2.1, in SVR 2016 IV n° 58 p. 190). La jurisprudence a par ailleurs admis que les possibilités de travail sur un marché du travail équilibré sont suffisamment concrétisées dans la mesure où entrent en considération, comme exemples d'activités exigibles, des travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production, ainsi que l'activité de surveillant de musée ou de parking (arrêts du Tribunal fédéral 8C_134/2020 du 29 avril 2020 consid. 4.5, 8C_695/2015 du 19 novembre 2015 consid. 4.2 et 8C_25/2012 du 3 juillet 2012 consid. 4.2 ; MOSER-SZELESS, in :

Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 23 ad art. 7 LPGA). Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché du travail équilibré lorsque, notamment, l'activité exigible au sens de l'article 16 LPGA ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 avec les références). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs étrangers à l'invalidité, par exemple de facteurs psychosociaux ou socioculturels (arrêts du Tribunal fédéral 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 5.4 et 8C_303/2018 du 26 novembre 2018 consid. 5.1).

E. 3.2

L'invalidité est une notion économique et non médicale. Les critères médico- théoriques ne sont pas déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain le sont (cf. par analogie, RAMA 1991 n° U 130 p. 272 consid. 3b ; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

E. 3.3

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). La comparaison des revenus

- 18 - s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

E. 3.3.1

Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1, arrêt du Tribunal fédéral 8C_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.3.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (arrêt du Tribunal fédéral 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). Le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires, la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations AVS (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2, 135 V 297 consid. 5.1 et 134 V322 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 6.2). Ne font pas partie du revenu déterminant les frais accessoires au salaire, qui sont à la charge de l'employeur et qui ne sont pas soumis aux cotisations AVS. Le gain assuré comprend en particulier les allocations familiales, lesquelles ne sont pas prises en compte dans le calcul du revenu sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_733/2013 du 5 septembre 2014 consid. 5 et la référence).

E. 3.3.2

Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_451/2023 du 7 mars 2024 consid. 3.2.1, 8C_171/2021 du 11 décembre 2021 consid. 3.3 et 4.3, 9C_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2).

- 19 - Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableau TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222).

E. 3.3.3

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de service, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet une déduction maximale de 25% pour en tenir compte (ATF 148 V 419 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.3 et 126 V 75). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation. Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 148 V 414 consid. 5.4, 137 V 71 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 6).

E. 3.4

Dans le cas d'espèce, le recourant estime qu'une rente d'invalidité d'au moins 50% devrait lui être octroyée. Il conteste le principe de l'utilisation des données statistiques par l'intimée, en soutenant que cette manière de faire était trop théorique et ne prenait pas en compte ses limitations fonctionnelles. L'intéressé estime en outre qu'un abattement aurait dû être opéré sur son revenu d'invalidité.

- 20 -

E. 3.4.1

A titre de revenu sans invalidité, l'intimée a considéré que le recourant aurait perçu un montant de 58'771 fr. dans son activité d'ouvrier agricole compte tenu de l'évolution nominale des salaires jusqu'au moment déterminant de la comparaison des revenus. Incontesté, ce montant peut être confirmé.

E. 3.4.2

S'agissant du revenu avec invalidité, la Mobilière s'est référée aux données statistiques de l'ESS. Cette manière de faire n'est pas critiquable, dès lors que le recourant n'avait pas repris d'activité lucrative lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail lorsque l'examen de son droit à des prestations a été effectué par l'intimée (ATF 148 V 174). Il s'agissait ainsi de l'unique méthode, inévitablement théorique, pour déterminer le revenu qu'aurait pu réaliser le recourant avec ses handicaps. En cas d'utilisation des données statistiques, il convient de se référer à la version de l'ESS la plus récente (ATF 143 V 295 consid. 2.3). Il s'agit des données les plus récemment publiées au moment de la décision par rapport à la date du début de la rente (ATF 150 V 67 consid. 4.2 avec les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_592/2022 du 11 avril 2023 consid. 4.3.3). Par ailleurs, dans le domaine de l'assurance-accidents, la procédure administrative ne s'achève qu'avec la décision sur opposition, laquelle doit dès lors tenir compte des éventuels développements pertinents pour la décision durant la procédure d'opposition (ATF 142 V 337 consid. 3.2.2). C'est ainsi les conditions juridiques effectives au moment de la décision sur opposition qui sont déterminantes (ATF 143 V 295 consid. 4.1 et les références). En l'occurrence, si la décision sur opposition a été rendue le 4 octobre 2022, la situation était considérée comme stabilisée le 8 juin 2022 déjà, marquant dès lors le début d'un éventuel droit à une rente d'invalidité (art. 19 al. 1 LAA). Au vu de ces considérations, l'intimée n'aurait pas dû se baser sur les tables de l'ESS 2018, mais aurait au contraire dû utiliser celles de 2020 qui ont été publiées le 23 août 2022 (MÉTRAL, in : Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 14 ad art. 56 LPGA). Cela étant, il sied de prendre en compte la valeur statistique médiane (total secteur privé) du tableau TA1_skill_level (ATF 142 V 178 et 124 V 321 consid. 3b), total des branches économiques pour un homme avec un niveau de compétence 1. La jurisprudence a en effet confirmé à plusieurs reprises l'application du niveau de compétence 1 (dès l'ESS 2012) pour déterminer le revenu exigible dans des activités monomanuelles légères, à l'instar de travaux simples de surveillance ou de contrôle. Pour des personnes considérées comme monomanuelles et limitées à des activités légères, il existe suffisamment de possibilités d'emploi dans un marché équilibré du travail (arrêt du

- 21 - Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et 5.6 avec les références). Le recourant n'étant pas entièrement monomanuel, le niveau de compétence 1 lui est a fortiori applicable. Le montant annuel brut (5261 fr. x 12) doit ensuite être adapté à l'évolution nominale des salaires (0.5% en 2021 selon l'évaluation trimestrielle) ainsi qu'à

la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine (cf. statistiques OFS, Indice des salaires nominaux par branches [Tous les secteurs] et Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [Tous les secteurs]). En tenant compte d'une pleine capacité de travail sans diminution de rendement, le revenu d'invalidé sans abattement se monte à 66'144 fr. 20 (= 5261 fr. x 12 x [100.5/100] x [41.7/40]).

E. 3.4.3

A ce revenu d'invalidé, la Mobilière n'a opéré aucun abattement. Pour le recourant, ses limitations au niveau de la main gauche devaient conduire à une déduction comprise entre 10% et 15%. S'agissant de l'abattement sur le revenu d'invalidé pour les limitations fonctionnelles, le Tribunal fédéral a considéré à réitérées reprises qu'en cas de limitation des activités exigibles à des activités mono-manuelles ou lorsque la main dominante ne peut être utilisée que pour des gestes d'appoint, un abattement de 20 à 25 % du revenu d'invalidé est en principe justifié (arrêts du Tribunal fédéral 8C_706/2022 du 5 décembre 2023 consid. 6.3.2.3, 8C_58/2018 du 7 août 2018 consid. 5.3 avec les nombreux arrêts cités, [in SVR 2019 UV n° 7 p. 27] et 8C_606/2022 du 4 mai 2023 consid. 6.1 ; cf. néanmoins arrêts du Tribunal fédéral 8C_451/2023 du 7 mars 2024 consid. 5.2, 8C_587/2019 du 30 octobre 2019 consid. 7.3, 8C_383/2020 du 21 septembre 2020 consid. 4.2.2 et les arrêts cités, dans lesquels des abattements de 15% et 10% ont été considérés comme admissibles, le Tribunal fédéral n'ayant pas constaté d'abus ou d'excès du pouvoir d'appréciation). A l'ATF 148 V 174, le Tribunal fédéral a retenu qu'actuellement, il n'existe pas de motif sérieux et objectif de modifier la jurisprudence selon laquelle la détermination du revenu d'invalidé sur la base des valeurs statistiques se fonde en principe sur la valeur centrale, respectivement médiane de l'ESS. Il a toutefois précisé que lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des salaires statistiques, il y a le correctif de l'abattement qui peut s'élever jusqu'à 25 % pour tenir compte du fait qu'une personne lésée ne peut pas forcément mettre pleinement à profit sa capacité de travail résiduelle sur un marché de travail réputé équilibré (arrêts du Tribunal fédéral 9C_339/2021 du 27 juillet 2022 consid. 4.5.4.1 [in SVR 2023 IV n° 3 p. 9] et 9C_360/2022 du 4 novembre 2022 consid. 4.1).

- 22 - Il incombe à l'administration - ou en cas de litige au juge - d'évaluer sur la base de l'exigibilité médicale définie par le médecin le type d'activité que l'assuré pourrait encore exercer (ATF 145 V 361 consid. 3.2.1 et 144 V 50 consid. 4.3 avec renvoi à l'ATF 140 V 193 consid. 3.2).

E. 3.5

Dans la mesure où une pleine capacité de travail sans diminution de rendement a été reconnue au recourant, il convient d'examiner si ses limitations fonctionnelles sont susceptibles d'influer sur ses perspectives salariales. On relève à cet égard que les handicaps du recourant ont déjà déterminé les activités adaptées pouvant encore être réalisées. L'activité exigible de sa part devra ainsi être essentiellement monomanuelle du côté dominant (droit) ou bimanuelle mais sans utilisation de la pince fine pollici-digitale gauche ou avec une utilisation occasionnelle de la pince digito-palmaire gauche. A cela, le Dr L _____ a souligné qu'une utilisation de machines à risque était exclue (cf. pièce 235). En outre, une sévère intolérance au froid peut être ajoutée à ces limitations. Cela étant, les limitations fonctionnelles du recourant ne sont pas anodines et il est vraisemblable qu'elles influent sur ses perspectives salariales et entraînent un désavantage non négligeable par rapport à des travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être

engagés comme tels. Il se justifie par conséquent de retenir un abattement maximal de 10% au revenu d'invalide du recourant afin de tenir compte dans une juste proportion des concessions salariales qu'il devra accepter afin de retrouver une activité adaptée. Un taux supérieur n'est en revanche pas justifié, dès lors que l'intéressé bénéficie toujours de son bras dominant et a conservé des fonctions dans sa pince digito-palmaire, et dans une moindre mesure dans la pince fine pollici-digitale gauches (cf. rapport du 12 avril 2022 du Dr K _____ ; pièce 232), de sorte qu'il ne peut pas être considéré comme un monomanuel complet (cf. arrêt 8C_471/2017 du 16 avril 2018 consid. 5.3 retenant un abattement de 10% dans une situation similaire ; arrêt 8C_706/2022 du 5 décembre 2023 consid. 6.3.2.3 retenant un abattement de 25% pour une activité monomanuelle gauche [bras faible] avec port de charge limité à 1 kilo et alternance des positions toutes les 20 à 25 minutes ; arrêt 8C_451/2023 précité consid. 5.2 retenant un abattement de 15% pour l'exclusion d'activité nécessitant de la force de préhension et/ou dextérité avec la main droite dominante et mouvements répétitifs). Aucun autre élément relatif à la situation personnelle du recourant ne justifie de retenir une déduction complémentaire. On notera en particulier que les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni

- 23 - formation, ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_223/2007 du 20 novembre 2007 consid. 6.2.2 et les références) et que le recourant, ressortissant portugais, est titulaire d'une autorisation d'établissement (permis C) et a travaillé depuis son arrivée en Suisse en 1988, de sorte que sa nationalité ne saurait influencer de manière déterminante ses perspectives salariales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_855/2014 du 7 août 2015 consid. 5). Par ailleurs, au moment du prononcé de la décision sur opposition litigieuse (4 octobre 2022), il n'avait pas atteint un âge considéré comme avancé (60 ans) par la jurisprudence et justifiant l'application de la disposition spéciale de l'article 28 alinéa 4 OLAA. On précisera encore qu'un abattement de 15% n'ouvrirait de toute manière pas un droit à une rente d'invalidité au recourant (taux d'invalidité inférieur à 10%).

E. 3.6

Sur le vu des considérations qui précèdent, le recourant était fondé à se plaindre qu'aucune déduction n'avait été effectuée sur son salaire d'invalide. Celui-ci ascende dès lors à 59'529 fr. 80 après prise en compte d'un abattement de 10% (66'144 fr. 20 x 0.9). Toutefois, son revenu d'invalide étant toujours supérieur à celui qu'il obtiendrait sans ses handicaps (58'771 fr.), le recourant ne subit aucune perte de gain qui lui ouvrirait le droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Il se justifiait par conséquent pour l'intimée de refuser d'allouer au recourant une rente d'invalidité. Le recours est ainsi rejeté sur ce point.

E. 4

Dans un dernier grief, le recourant s'en prend au taux de l'IPAI.

E. 4.1

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 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 du Tribunal fédéral 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

- 24 - globale si le résultat obtenu est juste et proportionnel, en comparaison avec d'autres atteintes figurant dans l'annexe 3 à l'OLAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_346/2017 du 15 mars 2018 consid. 4.4 ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96 consid. 2a).

E. 4.2

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 du Tribunal fédéral 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 (ATF 115 V 147 consid. 1 et 113 V 218 consid. 4b ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5, U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2 [in : RAMA 2004 n. U 514 p. 415] et U 360/98 consid. 1 [in : RAMA 2000 n. U 362 p. 41]).

E. 4.3

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 du Tribunal fédéral 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

- 25 - (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 132 II 117 consid. 2.2.3, 124 V 209 consid. 4a/cc et 116 V 156 consid. 3a).

E. 4.4

En l'occurrence, la Mobilière a accordé au recourant une IPAI de 15% sur la base des conclusions de son médecin conseil. Selon le Dr L _____, les troubles du recourant, sous la forme d'une amputation à travers la deuxième phalange des trois doigts médians, correspondaient à la figure n°31 de la table 3 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (révision 2000). Pour sa part, l'intéressé s'est fondé sur la figure n°24 de cette table afin d'évaluer son IPAI à 35%, en soutenant qu'il ne pouvait plus se servir de son pouce et qu'il fallait également tenir compte des douleurs constantes qui irradiaient dans son membre supérieur gauche. On relèvera premièrement que les douleurs subies au niveau du membre supérieur gauche ne sauraient donner lieu à une prestations LAA, au vu de l'absence de causalité avec l'évènement assuré. Cela étant, même à admettre le rapport de causalité, cette atteinte ne remplirait pas les conditions du caractère durable et important nécessaires pour une indemnisation. Ensuite, on ne saurait se baser sur la figure n°24 tel que souhaité par le recourant. Pour rappel, son pouce gauche a subi une perte de substance cutanée au niveau P2 (le pouce ne contenant que deux phalanges, proximale et intermédiaire) et l'index, le médium et l'annulaire (D2, D3 et D4) ont présenté des complications (allodynie) ayant conduit à une amputation de la troisième phalange (P3, distale). Si un névrome terminal douloureux se situait certes sur la pulpe du pouce gauche, l'excision de celui-ci par le Dr K _____ a soulagé les douleurs (cf. pièces 176 et 180). Par ailleurs, la dernière intervention du 10 février 2022, sous la forme d'une confection de moignons au col de P2, a été pratiquée en raison du fait que l'intéressé excluait ses trois doigts médians. En revanche, il était en mesure d'utiliser son pouce, à l'aide duquel il pratiquait une pince avec l'auriculaire (cf. pièce 226). Ces considérations permettent d'exclure l'utilisation de la figure n°24, le recourant n'ayant pas perdu, même partiellement, la fonction de son pouce gauche. Aucune raison ne permet dans ces conditions de s'écarter de l'avis motivé du Dr L _____ retenant une IPAI de 15% conformément à la figure n°31 de la table d'indemnisation 3. Le recourant ne fonde par ailleurs son opinion sur aucun rapport

- 26 - médical, mais sur sa seule appréciation de non initié. Cela conduit au rejet du recours sur ce point également.

E. 5

Dans ces circonstances, le recours du 4 novembre 2022, en tous points mal fondé, est rejeté et la décision sur opposition du 4 octobre 2022 confirmée.

E. 6

Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. f bis LPGA ; la LAA ne contenant pas de disposition spéciale prévoyant la perception de frais judiciaire), ni alloué de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA). Bien qu'ayant obtenu gain de cause, l'intimée en tant qu'institution chargée d'une tâche de droit public, ne peut également pas prétendre à des dépens (art. 91 al. 3 LPJA ; cf. ég. art. 68 al. 3 LTF ; ATF 126 V 143 consid. 4a et les références ; MÉTRAL, op. cit., n. 101 in fine ad art. 61 LPGA).

Prononce

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

Sion, le 18 mars 2025.

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