

VS_GERICHTE S2 23 47 vom 8. März 2026

VS Kantonsgericht, 2026-03-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 23 47](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_23_47)

FR: VS_GERICHTE S2 23 47 du 8 mars 2026

IT: VS_GERICHTE S2 23 47 del 8 marzo 2026

Erwägungen

E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 de la 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. Déposé au guichet du Tribunal le 17 mai 2023, le recours contre la décision sur opposition de la CNA du 18 avril précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), devant le tribunal compétent (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 que la Cour doit entrer en matière.

E. 2

Le litige porte sur la question de la stabilisation de l'état de santé du recourant, cas échéant, sur son droit à des prestations de l'intimée (rente et IPAI) en raison des séquelles de son accident du 8 février 2021.

E. 3

Dans un premier temps, il convient de déterminer si la situation médicale était stabilisée à fin novembre 2022.

E. 3.1

L'article 19 alinéa 1 LAA prévoit que le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. 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. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une

- 8 - 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 – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit non plus pas qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_394/2024 du 7 janvier 2025 consid. 6.1). Le maintien de mesures médicales destinées uniquement à atténuer des symptômes (p. ex. des douleurs) et non à guérir les dommages causés à la santé ne suffit pas à justifier l'absence de clôture du cas. Il en va de même pour des mesures d'évaluation ou de contrôle. Ainsi, un état douloureux durable ne fonde pas, à lui seul, un droit à la poursuite d'une thérapie. La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer

sensiblement l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_176/2023 du 6 décembre 2023 consid. 3 et les références ; GEERTSEN, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht ■ UVG, 2018, nos 9 et 10 ad art. 19 et les références).

E. 3.2

Le principe de la libre appréciation des preuves prévaut en procédure administrative comme en procédure judiciaire d'assurances sociales (art. 61 let. c LPGA). Il s'ensuit que les assureurs et les juges doivent apprécier les preuves librement, c'est-à-dire sans être liés par des règles de preuve formelles, ainsi que de manière aussi complète et consciencieuse que possible. 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 que les points litigieux 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 du dossier (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 bien 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a, cités p. ex. in : arrêt du Tribunal fédéral 8C_696/2022 du 2 juin 2023 consid.

- 9 - 4.3.1). Par ailleurs, un rapport médical établi uniquement sur la base d'un dossier a valeur probante lorsque le dossier contient suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345 consid. 3d, arrêt du Tribunal fédéral 9C_558/2016 du 4 novembre 2016 consid. 6.1 et les références). S'agissant des rapports des médecins-conseils, ces pièces peuvent se voir reconnaître une valeur probante aussi longtemps qu'ils 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les médecins de la CNA sont

considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1). De jurisprudence constante, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants sont généralement enclins à se prononcer en faveur de leurs patients ; il

convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3b/cc). 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

- 10 - 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).

E. 3.3

Le recourant a soutenu que son état de santé n'était pas stabilisé au 30 novembre 2022. Dans une appréciation du 8 novembre 2022, la Dresse J _____ a estimé que sur le plan médical, la situation pouvait être considérée comme stabilisée, ce qu'elle a confirmé dans son avis complémentaire du 7 mars 2023. Elle a estimé qu'à plus d'une année de l'intervention chirurgicale, le traitement de physiothérapie ne pouvait plus améliorer de manière significative la musculature. Elle a relevé que des auto-exercices ou des exercices quotidiens comme la marche, le vélo ou la nage pouvaient maintenir et éventuellement améliorer l'atrophie du quadriceps de la jambe droite, laquelle n'était par ailleurs pas quantifiée et ne semblait pas impacter l'assuré dans sa vie de tous les jours. L'assuré ne prenait au demeurant pas d'antalgiques. Elle a rappelé que les médecins de la I _____ avaient indiqué dans leur rapport du 20 juillet 2022 qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai de trois mois. Concernant le rapport du 30 janvier 2023, elle a noté que le Dr K _____ avait constaté des amplitudes articulaires normales, un appareil ligamentaire compétent et un accroupissement incomplet, lequel avait déjà été pris en compte dans les limitations fonctionnelles. L'appréciation de la médecin d'arrondissement se fonde sur l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier, prend en considération les plaintes de l'assuré, est motivée et cohérente, de sorte qu'elle répond aux exigences posées par la jurisprudence en la matière (cf. supra consid. 3.2). S'il est vrai que l'appréciation de la Dresse J _____ du 7 mars 2023 contient quelques erreurs, celles-ci n'ont toutefois pas d'influence sur les conclusions. La Dresse J _____ a certes indiqué « A 6 année de l'intervention » et a évoqué « les séances effectuées sur les deux premières années », mais a cependant bien retenu le 14 mai 2021 comme date de l'intervention chirurgicale. Par ailleurs, un examen personnel par la Dresse J _____ n'était pas nécessaire, dès lors que le recourant a été examiné par les médecins de la I _____ lors de son

- 11 - séjour du 1er juin 2022 au 13 juillet suivant ainsi que par d'autres spécialistes, dont le Dr K _____, qui a suivi régulièrement le recourant avant et après son séjour à la I _____ (cf. supra consid. 3.2). L'évolution de l'état de santé du recourant depuis son séjour à la I _____ pouvait donc s'apprécier sur la base des constatations faites par le Dr K _____. En outre, la situation médicale de l'assuré paraît claire. On rappellera que le juge accorde entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé, ce qui est le cas en l'espèce. Les rapports du Dr K _____ ne sont pas de nature à mettre en doute la valeur probante de l'appréciation de la Dresse J _____. On rappellera que la poursuite d'un traitement de physiothérapie, dans lequel s'inscrit la technique de rééducation BFR, n'est pas un obstacle à la suppression des prestations provisoires. En effet, le traitement médical doit être susceptible d'améliorer de manière notable l'état de santé du recourant au sens de l'article 19 alinéa 1 LAA (cf. supra consid. 3.1). A la lecture des pièces médicales, on constate que l'évolution post-opératoire avait été lente avec une sidération du quadriceps à droite. La réalisation d'une séance de reprogrammation neuromusculaire et l'introduction du renforcement musculaire avec la méthode BFR avant le séjour du recourant à la I _____ avait permis de lever progressivement l'inhibition du quadriceps. Ce séjour n'avait apporté que peu de changement (cf. rapport du 30 janvier 2023 du Dr K _____). Les médecins de la I _____ avaient considéré que la situation médicale du recourant pouvait encore évoluer et avaient estimé qu'une stabilisation était attendue dans un délai de trois mois. On constate que la reprise de la rééducation avec la méthode BFR après le séjour à la I _____ a permis au recourant de gagner un peu de force et de diminuer les douleurs. Il n'y a cependant pas eu d'amélioration notable de l'état de santé du recourant. En effet, en septembre 2023, soit plus d'une année après le séjour à la I _____, le recourant présentait toujours une amyotrophie au niveau de la cuisse droite. On observe en outre, à l'instar de la Dresse J _____, que, selon le rapport du 30 janvier 2023 du Dr K _____, les amplitudes articulaires étaient normales et l'appareil ligamentaire était compétent. Le fait que le Dr K _____ mentionne une évolution favorable avec le traitement de physiothérapie ne permet pas de conclure que l'état de santé du recourant ne serait pas

- 12 - stabilisé, c'est-à-dire qu'il serait toujours empêché de reprendre toute activité quelle qu'elle soit, même celle respectant ses limitations fonctionnelles. Le Dr K _____ ne prétend d'ailleurs pas que la poursuite du traitement BFR puisse encore améliorer sensiblement la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. En effet, il se prononce uniquement sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle d'étancheur/moniteur de snowboard. Il a par ailleurs indiqué, dans son rapport du 28 juin 2023, qu'une reprise de travail n'était pas possible en raison de la situation socio-professionnelle et asséculologique de son patient, soit en raison de facteurs étrangers à l'accident. Il y a donc lieu de retenir, comme l'a correctement fait la CNA, que l'état de santé du recourant était stabilisé à fin novembre 2022. C'est ainsi à juste titre que la CNA a procédé à l'examen du droit à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 4

Il convient ensuite d'examiner le droit du recourant à une rente d'invalidité en lien avec son accident du 8 février 2021.

E. 4.1

Selon l'article 18 alinéa 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, pour autant que celui-ci soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'article 7 LPGA dispose qu'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). 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 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).

- 13 - Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait ■ au degré de la vraisemblance prépondérante ■ réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au 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 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). N'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt du Tribunal fédéral 9C_164/2018 du 27 juillet 2018 consid. 4.2). Selon la jurisprudence, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. 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'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques

résultant de l'ESS (ATF 148 V 419 consid. 5.2 et 148 V 174 consid. 6.2). Lorsque les tables ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 (secteur privé), à la ligne « total »; on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou centrale (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les arrêts cités). Lorsque

- 14 - cela paraît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Cette faculté reconnue par la jurisprudence concerne les cas particuliers dans lesquels, avant l'atteinte à la santé, l'assuré concerné a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et où une activité dans un autre domaine n'entre pratiquement plus en ligne de compte (arrêts du Tribunal fédéral 8C_709/2023 du 8 mai 2024 consid. 6.2.1 et les arrêts cités, 8C_171/2024 du 3 septembre 2024 consid. 5.3.1).

E. 4.2

; 132 II 305 consid. 4.1 et les références citées). A cet égard, le fait de rendre une décision qui se révèle par la suite inexacte, contraire au droit ou même arbitraire ne suffit pas (arrêts du Tribunal fédéral 2E_2/2013 du 30 octobre 2014 consid. 5.4.1 et 2C_397/2012 du 19 novembre 2012 consid. 3.3).

E. 5

Il reste, à ce stade, à se pencher sur la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). A cet égard, l'intimée a soutenu qu'il n'y avait pas lieu d'examiner cet élément puisque le recourant n'avait pas pris de conclusions à ce sujet dans son recours. Selon le Tribunal fédéral, la suspension des prestations provisoires et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à la rente sont des questions si étroitement liées entre elles, qu'il faut partir du principe qu'il s'agit d'un seul objet du litige. Vu que l'article 19 alinéa 1 LAA fait coïncider la suspension des prestations provisoires avec l'examen, le cas échéant la fixation, du droit à la rente, il n'y a pas de place pour une pratique divergente du tribunal cantonal, selon laquelle on se trouverait en présence de deux objets litigieux différents lorsqu'il est question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente d'autre part (ATF 144 V 354 consid. 4.2 concernant un recours contre une décision refusant le droit à la rente ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3). En l'espèce, l'intéressé a fait recours contre la décision sur opposition du 18 avril 2023, dans laquelle la CNA s'est notamment déterminée sur son droit à une IPAI. Il a ensuite précisé dans sa réplique qu'il n'y avait pas lieu de se déterminer sur cet élément dès lors que son état de santé n'était pas encore stabilisé. Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'examiner le droit du recourant à une IPAI.

E. 5.1

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). 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

- 17 - accident. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV no 27 p. 97 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 consid. 2.3 ; FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc 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.

E. 5.2

En l'occurrence, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation de la Dresse J _____ pour nier le droit du recourant à une IPAI. Cette médecin a notamment relevé que l'amplitude articulaire du genou droit (140-0-0) était identique à celle du genou gauche (145-0-0). Pour sa part, le recourant n'apporte aucun élément médical. Il convient de rappeler que l'évaluation d'une atteinte à l'intégrité des suites d'un accident nécessite l'avis d'un médecin, à qui il appartient, d'une part, de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant. Or, en l'espèce, le recourant ne s'appuie sur aucun document médical pour contester l'appréciation de la Dresse J _____, laquelle revêt une pleine valeur probante. Il s'ensuit que la décision sur opposition doit également être confirmée sur ce point.

E. 6

Quant à la conclusion relative au tort moral, elle doit être déclarée irrecevable, respectivement être rejetée, qu'elle soit fondée sur les articles 47 et 49 du Code des obligations du 30 mars 1911, CO) ou sur l'article 78 LPGA.

E. 6.1

Selon l'article 47 CO, le juge peut, en tenant compte de circonstances particulières, allouer à la victime de lésions corporelles ou, en cas de mort d'homme, à la famille une indemnité équitable à titre de réparation morale. Quant à l'article 49 alinéa 1 CO, il prévoit que celui qui subit une atteinte illicite à sa personnalité a droit à une somme d'argent à titre de réparation morale, pour autant que la gravité de l'atteinte le justifie et que l'auteur ne lui ait pas donné satisfaction autrement. Enfin, l'article 78 alinéa 1 LPGA dispose que les corporations de droit public, les organisations fondatrices privées et les assureurs répondent si un organe ou un agent accomplit, en sa qualité d'organe d'exécution de la loi, un acte illicite et dommageable. L'alinéa 4 renvoie à la notion de l'illicéité au sens de l'article 3 alinéa 1 de la loi fédérale du 14 mars 1958 sur la responsabilité de la Confédération, des membres de ses autorités et de ses fonctionnaires (LRFC), qui suppose que l'Etat, au travers de ses organes ou de ses agents, ait violé des prescriptions destinées à protéger un bien juridique. Le comportement exigé par la loi peut consister soit dans une action, soit dans une omission, auquel cas il faut qu'il existât,

- 18 - au moment déterminant, une norme juridique qui sanctionnait explicitement l'omission commise ou qui imposait de prendre en faveur du lésé la mesure omise (position de garant vis-à-vis du lésé ; ATF 139 V 176 consid. 8.2 ; 137 V 76 consid. 3.2 ; 133 V 14 consid. 8.1). Lorsque l'illicéité reprochée procède d'un acte juridique (une décision, un

jugement...), seule la violation d'une prescription importante des devoirs de fonction est susceptible d'engager la responsabilité de la Confédération (cf. ATF 139 IV 137 consid.

E. 6.2

En l'occurrence, la Cour de céans n'est pas compétente pour statuer sur une action fondée sur les articles 47 et 49 CO. Quant à l'intimée, elle n'est ni responsable de l'accident et des lésions subies par le recourant ni l'auteur d'une atteinte illicite à la personnalité de ce dernier. Enfin, rien ne permet de retenir que l'intimée, par le biais de l'un de ses organes ou de ses agents, aurait violé grossièrement l'obligation de remplir consciencieusement et avec diligence les devoirs de sa fonction. Aucune omission ne peut être reprochée à l'intimée, pas plus que la commission d'un acte illicite. Finalement, une action fondée sur l'article 78 LPGA devrait être déclarée irrecevable, dès lors que le recourant n'a jamais déposé de demande en réparation du dommage auprès de l'intimée.

E. 7.1

Dans ces circonstances, le recours du 17 mai 2023, en tous points mal fondé, est rejeté dans la mesure de sa recevabilité et la décision sur opposition du 18 avril précédent confirmée.

E. 7.2

Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis LPGA ; la LAA ne contenant pas de disposition spéciale prévoyant la perception de frais judiciaires), 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 pas non plus prétendre à des dépens (art. 91 al. 3 LPJA ; cf. également art. 68 al. 3 LTF ; ATF 126 V 143 consid. 4a et les références ; MÉTRAL, Loi sur la partie générale des assurances sociales, in : Commentaire romand, 2018, no 101 in fine ad art. 61 LPGA).

- 19 -

Prononce

1. Le recours est rejeté dans la mesure de sa recevabilité. 2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens. Sion, le 8 mars 2026

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