

FR_GERICHTE 605 2024 113 vom 28. April 2026

FR Kantonsgericht, 2026-04-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2024_113

FR: FR_GERICHTE 605 2024 113 du 28 avril 2026

IT: FR_GERICHTE 605 2024 113 del 28 aprile 2026

Erwägungen

E. 12

mois + indexation de 1.7% en 2023 - 15% d'abattement), ce qui aboutit à un taux d'invalidité de 24%, subsidiairement de 22% en tenant compte des données statistiques pour le revenu sans invalidité. Le recourant soutient enfin que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne tient pas compte de tous ses troubles, se référant au rapport du docteur E._____ du 17 mars 2023 et au résultat d'une IRM du 28 mai 2024 C. Dans sa réponse du 28 août 2024, la SUVA conclut au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Elle se réfère à l'appréciation des médecins de la CRR ainsi que de son médecin d'assurance, le docteur C._____, dont les conclusions du 8 mars 2024 auraient pleine valeur probante. A propos du revenu sans invalidité, elle fait valoir qu'elle était fondée à requérir des informations auprès de l'ancienne employeuse du recourant, laquelle aurait répondu de manière libre tout en étant tenue de donner des indications conformes à la vérité. Quant au revenu d'invalidité, la SUVA maintient que la situation du recourant ne justifie aucun abattement et qu'une application par analogie de l'art. 26bis al. 3 RAI n'entre pas en considération. Enfin, en ce qui concerne le taux de l'IPAI, rien au dossier ne serait de nature à mettre en doute le bien-fondé de l'évaluation du docteur C._____. D. Le 27 novembre 2024, le recourant a produit un rapport de la doctoresse F._____, spécialiste en médecine interne générale, du 5 septembre 2024 et le questionnaire y relatif, ainsi qu'un courriel de l'ancienne employeuse du 5 octobre 2024 indiquant que le recourant travaillait 9 heures par jour, soit 45 heures par semaine.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 E. La SUVA s'est déterminée par lettre du 20 janvier 2025, considérant que le rapport de la doctoresse F._____ ne remettait pas en cause d'appréciation de son médecin d'assurance. F. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. en droit 1. Recevabilité Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu et de la matière par un assuré dûment représenté, directement touché par la décision sur opposition attaquée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, le cas échéant, annulée ou modifiée, le recours est recevable. 2. Dispositions applicables en matière de droit aux prestations LAA 2.1. En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art 1 al. 1 LAA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou entraîne la mort. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident

non professionnel et de maladie professionnelle. 2.2. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 123 V 102; 122 V 417; 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359 consid. 5d/bb). Un rapport de causalité naturelle doit être admis lorsque le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il suffit que, associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 148 V 356 consid. 3; 148 V 138 consid. 5.1.1; 142 V 435 consid. 1). 2.3. Selon l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident. Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 7 al. 1 LPGA dispose, pour sa part, 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. L'alinéa 2 de cette disposition précise que 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. L'art. 16 LPGA dispose que, 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. 3. Dispositions applicable en matière de preuve En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables. Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (arrêt TF 8C_549/2018 du 22 janvier 2019 consid. 3 avec les références citées). Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis motivé d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). 4. Objet du litige Le litige porte sur la fin du droit du recourant aux prestations temporaires de l'assurance-accidents, sur son droit éventuel à une rente d'invalidité ainsi que sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Qu'en est-il ?

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 5. Fin du droit aux prestations temporaires - stabilisation de l'état de santé 5.1. Selon l'art. 19 al. 1 LAA, 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 (première phrase); le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (seconde phrase). 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 poursuite du traitement médical doit être significative. Il ne suffit pas qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt TF 8C_682/2023 du 24 avril 2024 consid. 3.1.1 et les références). 5.2. En l'espèce, après son accident, le recourant a été suivi par plusieurs médecins, notamment le docteur G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a posé, en lien avec l'atteinte au genou droit, les diagnostics principaux de déchirure du ligament croisé antérieur [LCA], rupture partielle du tendon quadricipital et déchirure du ménisque (cf. en particulier les rapports des 1er et 7 avril et du 21 mai 2020). Le 25 juin 2020, il a procédé à une intervention chirurgicale consistant en une reconstruction-augmentation du LCA, une méniscectomie partielle du ménisque externe et une synovectomie partielle. Le traitement préconisé avant et après l'opération a consisté en des exercices à domicile et des séances de physiothérapie. Ensuite, le recourant a séjourné à la CRR du 3 mars au 20 avril 2021, où les médecins ont notamment retenu l'existence d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC; aussi appelé CRPS [complain regional pain syndrome], algodystrophie ou encore maladie de Sudeck) de type II au genou droit et une neuropathie sensitive du nerf saphène interne droit (rapport du 29 avril 2021). Considérant que la situation n'était pas stabilisée sur le plan médical, ils ont exposé que la poursuite d'un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie en ambulatoire, d'un suivi médical régulier ainsi qu'un éventuel suivi psychologique pourraient permettre d'améliorer les capacités fonctionnelles du patient. Le docteur G. _____ a alors adressé son patient au docteur D. _____, spécialiste en médecine interne générale ainsi qu'en médecine physique et réadaptation, pour avis et prise en charge de l'algodystrophie. Celui-ci a préconisé la poursuite du traitement médicamenteux et des séances de physiothérapie et ergothérapie (cf. rapports des 4 août et 5 octobre 2021). Afin de réaliser un bilan multidisciplinaire et professionnel, le recourant a séjourné une seconde fois à la CRR du 11 au 25 janvier 2022. Les médecins ont une nouvelle fois considéré que la situation n'était pas stabilisée sur le plan médical et que la poursuite du traitement de physiothérapie et d'ergothérapie en ambulatoire pourraient permettre d'améliorer les capacités fonctionnelles du patient. Ils ont en outre relevé qu'aucune nouvelle intervention n'était proposée pour le genou droit et qu'une stabilisation médicale était attendue, après réévaluation médicale, dans un délai de deux à quatre mois. Sur le plan thérapeutique, la situation n'a pas évolué par la suite, étant précisé que le traitement de physiothérapie a été interrompu fin 2021 (cf. rapports du docteur D. _____ des 9 novembre 2021,

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 8 septembre 2022 et 17 janvier 2023). Le recourant a enfin consulté le docteur E. _____ à H. _____. Celui-ci a préconisé une stimulation médullaire (rapport du 17 mars 2023), indication de traitement qui ne semble pas avoir été concrétisée ultérieurement. Enfin, interrogé par l'avocat du recourant sur le point de savoir

si la poursuite d'un traitement médical pourrait améliorer sensiblement la capacité de travail de celui-ci, le docteur D. _____ a répondu que la situation était actuellement relativement stabilisée; la seule procédure qui pourrait améliorer les douleurs serait l'implantation d'un neurostimulateur. De manière générale, il ne fallait pas s'attendre à une aggravation mais plutôt à une lente amélioration; si la situation restait bloquée, il faudrait proposer au patient l'implantation d'un neurostimulateur à but antalgique (cf. rapport du 12 septembre 2023). 5.3. En l'occurrence, le recourant conteste la stabilisation de son état de santé en s'en prenant aux compétences et conclusions du docteur C. _____. A ce stade, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant ces critiques, dès lors qu'en se fondant sur les seuls avis susmentionnés, provenant des médecins traitants et des médecins de la CRR, il apparaît clairement qu'au 30 juin 2023, la situation était stabilisée, au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, et permettait à l'intimée de mettre un terme aux prestations temporaires. En effet, mis à part l'intervention chirurgicale, les traitements suivis par le recourant ont consisté en des séances de physiothérapie ou d'ergothérapie ainsi qu'à la prise de médicaments antalgiques, soit des traitements dont la poursuite ne suffit pas pour retenir une possible amélioration sensible de l'état de santé, même en cas d'effet bénéfique (cf. arrêts TF 8C_768/2023 du 14 août 2024 consid. 5.1.2; 8C_682/2023 du 24 avril 2024 consid. 3.1.1 in fine). Quant à la seule évocation de thérapie de type neurostimulateur, elle ne permet pas non plus de retenir de potentiels progrès impactant la capacité de travail du recourant. Le maintien de mesures médicales destinées uniquement à atténuer des symptômes, comme des douleurs, et non à guérir les dommages causés à la santé ne constitue pas un obstacle à la clôture du cas (cf. arrêt TF 8C_363/2020 du 29 septembre 2020 consid. 4.1); il en va de même s'agissant des mesures d'évaluation. On relèvera enfin que, dans son rapport du 5 septembre 2024, la doctoresse F. _____ confirme l'absence de traitement susceptible d'améliorer la capacité de travail du recourant. 6. Droit à la rente - limitations fonctionnelles et capacité résiduelle de travail 6.1. En ce qui concerne l'exigibilité à exercer une activité adaptée à plein temps, l'intimée a fondé sa décision sur l'appréciation du docteur C. _____, relevant que les médecins de la CRR avaient défini les mêmes limitations fonctionnelles que celui-ci. En l'occurrence, le docteur C. _____ a retenu que le pronostic de réinsertion était favorable dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes: pas de longs déplacements sur tout type de terrain; pas de montée et descente d'escaliers ou d'échelles de manière répétée; pas de position accroupie ou à genoux prolongée; pas de port de charges lourdes et répétitives; alternance des positions assise et debout. Selon lui, une pleine capacité de travail pouvait être attendue dans une telle activité. Après avoir pris connaissance des avis médicaux versés au dossier durant la procédure d'opposition, il a confirmé ses conclusions (cf. rapports des 10 février 2023 et 8 mars 2024).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 6.2. Le recourant formule un certain nombre des reproches à l'encontre du médecin d'assurance, auxquelles il convient de répondre comme suit. Le docteur C. _____ s'est prononcé sur dossier, lequel contient l'ensemble de rapports des médecins consultés par le recourant. Dans son rapport du 8 mars 2024, il a en outre résumé les pièces médicales versées depuis la dernière appréciation médicale par la doctoresse I. _____, spécialiste en neurochirurgie au sein de la division de médecine des assurances de l'intimée. L'affirmation du recourant, selon laquelle il n'aurait pas tenu compte de plusieurs atteintes dont il souffre, relève de l'hypothèse et n'est pas étayée. Il est d'ailleurs contradictoire de lui reprocher de s'être prononcé sur les troubles neurologiques sans spécialisation en la matière, d'une part, et d'avoir omis de tenir compte des troubles relevant de ce même domaine de spécialisation, d'autre part. Quoi qu'il en soit, la

doctoresse I. _____, qui a également eu l'occasion d'examiner le dossier du recourant, a listé l'ensemble des diagnostics posés par les médecins consultés et a retenu les mêmes limitations fonctionnelles que celles susmentionnées (cf. son rapport médical du 21 mars 2022). Il en va de même des médecins de la CRR qui ont procédé à un bilan pluridisciplinaire du recourant (cf. rapport du 14 février 2022 p. 7). On relèvera que si ceux-ci ont émis des réserves considérables quant à l'employabilité actuelle du recourant au vu du rythme de travail et du rendement qui n'atteignait pas la moyenne même dans une activité très légère, ils ont également retenu que lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles, la volonté de donner le maximum durant les différents tests était insuffisante et le niveau de cohérence faible. Or la capacité de travail résiduelle, déterminante pour la fixation du revenu avec invalidité, se mesure sur la base de ce qui peut objectivement et raisonnablement être exigé de l'assuré et non de l'effort que celui-ci consent à fournir. Enfin, les autres appréciations de la capacité résiduelle de travail figurant au dossier n'apparaissent pas déterminantes. En effet, il n'est pas contesté que l'activité de carreur n'est plus exigible, même à temps partiel. Quant à l'appréciation du docteur D. _____ (dans son rapport du 12 septembre 2023), selon laquelle l'incapacité lui semble totale dans une autre activité en raison des limitations, elle n'est pas convaincante, dès lors qu'il retient que son patient peut supporter la position assise, respectivement debout, durant une heure et marcher durant 30-40 minutes lentement avec boiterie. Certes, il relève également que le port de charges lourdes est contre-indiqué ainsi que la difficulté à entreprendre des escaliers et l'incapacité à «descendre au sol». On ne voit toutefois pas, et le médecin ne l'explique pas, en quoi une activité respectant de telles limitations ne pourrait pas du tout être exercée par le recourant. Enfin, dans leur rapport respectif des 17 mars 2023 et 5 septembre 2024, le docteur E. _____ et la doctoresse F. _____ ne se prononce pas sur l'exigibilité. 6.3. Au final, rien ne permet de mettre en doute les conclusions du docteur C. _____ sur les limitations fonctionnelles ou l'exigibilité à exercer une activité adaptée à plein temps. Il y a donc lieu de s'y rallier, sans que des mesures d'instruction complémentaires soient nécessaires. 7. Droit à la rente - droit d'être entendu 7.1. Conformément aux art. 29 al. 2 Cst. et 42 1ère phrase LPGA, les parties ont le droit d'être entendues avant qu'une décision ne soit prise à leur égard. Il n'est toutefois pas nécessaire de les entendre avant une décision sujette à opposition (art. 42 2ème phrase LPGA).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16

Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable, le droit d'être entendu comprend en particulier le droit, pour une partie à un procès, de prendre connaissance de toute argumentation présentée au tribunal et de se déterminer à son propos, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre. Il appartient en effet aux parties, et non au juge, de décider si une prise de position ou une pièce nouvellement versée au dossier contient des éléments déterminants qui appellent des observations de leur part. Toute prise de position ou pièce nouvelle versée au dossier doit dès lors être communiquée aux parties pour leur permettre de décider si elles veulent ou non faire usage de leur faculté de se déterminer. Le droit de répliquer n'impose pas à l'autorité judiciaire l'obligation de fixer un délai à la partie pour déposer d'éventuelles observations. Elle doit seulement lui laisser un laps de temps suffisant, entre la remise des documents et le prononcé de sa décision, pour que la partie ait la possibilité de déposer des observations si elle l'estime nécessaire (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1; arrêt TF 8C_753/2023 du 19 mars 2024 consid.

5.2.2 et les références citées). 7.2. Une violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée. Cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 146 III 97 consid. 3.5.2; arrêt TF 2C_183/2024 du 14 novembre 2024 consid. 4.1). 7.3. Dans la mesure où le recourant se plaint de la violation du droit d'être entendu du fait que l'intimée a requis des informations auprès de son ancienne employeuse (pour fixer le revenu sans invalidité), son grief peut être écarté. En effet, c'est lui-même, dans son opposition du 1er septembre 2023, qui demandait que le revenu de valide se fonde, non pas sur les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) – comme l'intimée l'avait fait dans sa décision du 4 juillet 2023 – mais sur la base du dernier salaire perçu chez son ancienne employeuse. On ne peut donc pas reprocher à l'intimée de s'être adressée à celle-ci pour connaître le salaire du recourant en 2020 et en 2023. Quant à une éventuelle violation du droit d'être entendu du fait que le recourant n'aurait pas eu la possibilité de se déterminer sur les réponses données par l'employeuse, elle n'est pas établie. En effet, le formulaire rempli par cette dernière a été transmis à l'intimée le 24 avril 2024 puis, en date du 2 mai 2024, une copie du dossier de l'intimée a été transmise au recourant, sur demande de celui-ci. Il avait donc suffisamment de temps pour se déterminer avant que l'intimée rende sa décision sur opposition. En tout état de cause et au vu des circonstances, une éventuelle violation serait guérie par la présente procédure de recours. 8. Droit à la rente - revenu sans invalidité 8.1. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence citée). 8.2. En l'espèce, pour fixer le revenu sans invalidité, l'intimée s'est, dans un premier temps, fondée sur les données statistiques de l'ESS 2020 (branche économique 41-43, niveau de compétence 1) pour retenir, après indexation jusqu'en 2023, un montant de CHF 72'569.-. Ensuite de l'opposition du recourant, elle a retenu le montant de CHF 66'978.- sur la base des informations recueillies auprès de l'ancienne employeuse (salaire horaire de CHF 29.-, 13e salaire en sus, horaire annuel de 2132 heures; $2132 \times 29 + 8,33\%$). 8.3. Le recourant conteste les indications fournies par l'ancienne employeuse le 24 avril 2024 (absence d'augmentation de salaire et nombre d'heures par an), invoquant le conflit qui a éclaté entre eux. 8.3.1. Il est vrai qu'il ressort du dossier qu'après l'accident, un conflit a opposé le recourant et son ancienne employeuse, laquelle a fait savoir à moult reprises que celui-ci ne reviendrait pas travailler dans l'entreprise (cf. notices téléphoniques des 9 avril et 24 septembre 2021, 17 février, 3, 10 et 28 juin 2022, courriels des 3 novembre 2020, 25 octobre 2021, 11 juin 2022). L'intimée a en outre dû la mettre en demeure de verser les indemnités journalières au recourant (courriel du 10 juin 2022). Pour autant, ces éléments ne permettent pas de retenir

que, sans l'accident, le recourant aurait bénéficié d'une augmentation de salaire, même dans la seule mesure d'une adaptation au coût de la vie. Une telle indexation ne va pas de soi, surtout dans le secteur privé. De surcroît, dans la présente procédure, le recourant a été en mesure de produire un courriel de son ancienne employeuse qui confirme les allégations de celui-ci en matière de nombre d'heures travaillées. On s'en tiendra donc aux indications du formulaire, dans la mesure où l'ancienne employeuse confirme le salaire horaire de CHF 29.- en 2023, soit le même montant qu'en 2020. Il n'y a pas lieu d'ordonner de plus amples mesures d'instruction sur ce point. 8.3.2. Pour le reste, il convient de tenir compte d'un temps de travail hebdomadaire de 45 heures, conformément aux allégations du recourant. En effet, ce chiffre ressort tant de la déclaration de sinistre que du formulaire «Description de la place de travail à l'entreprise» remplie le 2 mars 2020 par l'ancienne employeuse. Le contrat de travail du 14 octobre 2019 fait également état d'un engagement en tant que travailleur classe A à 100 %, soit 45 heures par semaine, pour un salaire horaire de CHF 29.-, plus 10,64 % pour les vacances et 8.33 % pour le 13e salaire, ainsi qu'une indemnité de CHF 18.- par repas que le travailleur ne peut pas prendre à son domicile. Enfin, les fiches de salaires d'octobre 2019 à janvier 2020 mentionnent des salaires bruts de: CHF 4'657.60 plus CHF 252.- pour les frais de repas du 14 au 31 octobre; CHF 7'073.30 plus CHF 378.- pour les frais de repas en novembre; CHF 4'727.15 plus CHF 216.- pour les frais de repas en décembre; CHF 5'683.- plus CHF 216 pour les frais de repas en janvier. Face à ces éléments, il y a lieu de s'écarter du chiffre de 2'132 heures annuelles figurant dans le formulaire du 24 avril 2024, l'ancienne employeuse n'ayant fait que confirmer – à tort – la mention préformulée sur le document «2132 heures selon la CCT du second-œuvre» écrite par l'intimée. De surcroît, l'ancienne employeuse a finalement admis les 45 heures hebdomadaires dans son courriel du 5 octobre 2024. En définitive, il se justifie de se fonder sur une moyenne annuelle de 2340 heures (52 semaines x 45 heures x CHF 29.- + 8,33%), ce qui revient à salaire annuel de CHF 73'515.-. A ce montant il convient d'ajouter l'indemnité pour les frais de repas,

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 qui fait partie du revenu déterminant (cf. arrêts TF 8C_234/2022 du 27 janvier 2023 consid. 6.5.3; 8C_762/2020 du 4 mai 2021 consid. 3.2.3) et peut être estimée à CHF 3'641.- par an ($(252 + 378 + 216 + 216) / 3,5 \text{ mois} \times 12 \text{ mois}$). Le revenu sans invalidité se monte ainsi à CHF 77'156.- . 9. Droit à la rente - revenu d'invalidé - abattement sur le revenu statistique 9.1. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué notamment sur la base des données salariales publiées par l'OFS. A cet égard, il convient en principe de se référer au salaire mensuel brut (valeur centrale) pour tous les secteurs économiques confondus de l'économie privée (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Dans la mesure où les salaires tirés de l'ESS sont en principe déterminés en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, le Tribunal fédéral a estimé qu'il fallait les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (arrêt TF 9C_666/2009 du 26 février 2010 consid. 3.2). 9.2. Aux fins de déterminer le revenu d'invalidé, les salaires fixés sur la base des données statistiques de l'ESS peuvent à certaines conditions faire l'objet d'un abattement de 25 % au plus. 9.2.1. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des

facteurs entrant en considération. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (arrêt TF 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 3.2 s. et les références citées). A cet effet, l'administration jouit d'un large pouvoir d'appréciation et le juge ne peut s'en écarter et y substituer son appréciation sans motif pertinent (arrêt TF I 724/2002 du 10 janvier 2003; ATF 126 V 75). 9.2.2. Une telle déduction ne doit, cela étant, pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (arrêt TF 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.2 et les références citées). S'agissant de l'absence d'expérience et de formation, le Tribunal fédéral a précisé qu'elle ne joue pas de rôle lorsque le revenu d'invalidé a été déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (arrêt TF 9C_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.3 et les références). 9.2.3. Dans des jugements récents (arrêts TC FR 605 2025 30 du 5 février 2026 consid. 3.5; 605 2024 48 du 7 octobre 2025 consid. 8.3; 605 2024 121 du 30 janvier 2026 consid. 6.2), la Cour de céans a eu l'occasion de préciser que l'art. 26bis al. 3 RAI prévoyant en assurance- invalidité un abattement forfaitaire systématique de 10% – respectivement de 20% pour les

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 assurés les plus diminués – sur les revenus de valide n'était pas applicable, par analogie, au contentieux de l'assurance-accidents. En effet, dans la mesure où cette disposition n'a pas été introduite dans la LPGA ou dans l'OPGA, elle ne concerne que l'assurance-invalidité à l'exclusion des autres assurances sociales. Si le législateur entendait procéder à un abattement automatique de manière générale, une modification aurait été consacrée en lien avec la notion de taux d'invalidité consacrée à l'art.

E. 12.1

Vu ce qui précède, le recours se révèle partiellement bien fondé, dans la mesure où il concerne la question de la rente d'invalidité. Il doit être rejeté pour le surplus.

E. 12.2

En application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière (art. 61 let. fbis LPGA), il n'est pas perçu de frais de procédure.

E. 12.3

Ayant obtenu partiellement gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de partie partielle pour ses frais de défense (art. 138 al. 2 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative [CPJA; RSF 150.1]). La liste de frais produite par son mandataire fait état d'un total de 15 heures et 20 minutes de travail, soit CHF 3'833.33 au tarif horaire de CHF 250.- (art. 8 al. 1 du tarif fribourgeois du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative [Tarif JA; RSF 150.12]), ainsi que de CHF 182.60 de débours. Ce nombre d'heures et le montant des débours, raisonnables, peuvent être repris pour fixer l'indemnité due au recourant. Celui-ci n'ayant cependant obtenu que partiellement gain de cause, l'indemnité sera fixée au tiers de ce montant, soit CHF 1'277.80 d'honoraires, CHF 60.90 de débours et CHF 108.40 de TVA (à 8.1%), pour un montant total de CHF 1'447.10. Ce montant est mis à la charge de l'intimée. Bien qu'elle obtienne également en partie gain de cause, l'intimée, chargée de

tâches de droit public, ne peut pour sa part prétendre à l'allocation d'une indemnité de partie (cf. arrêts TF 8C_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6 et 9C_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8 et la référence citée).

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête : I. Le recours est partiellement admis. Partant, la décision sur opposition du 1er juin 2024 est réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente fondée sur un taux d'invalidité de 22 % à compter du 1er juillet 2023. II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. III. L'indemnité de partie partielle allouée au recourant est fixée à CHF 1'447.10 (TVA de CHF 108.40 comprise). Elle est mise à la charge de l'intimée. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 28 avril 2026/jca Le Président La Greffière

E. 16

LPGA. Par conséquent, il ne se justifie pas d'appliquer l'art. 26bis al. 3 RAI à l'assurance-accidents, pour laquelle seule reste dès lors déterminante la jurisprudence relative à l'art. 16 LPGA (voir notamment MOSER-SZELESS/CASTELLA, Commentaire romand LPGA, 2e éd. 2025, art. 16 n. 11b). Le rapport explicatif du Département fédéral de l'intérieur relatif à la modification du RAI précise au demeurant que, dans la mesure où seule la législation sur l'assurance-invalidité prévoit une norme de délégation pour l'instauration de la nouvelle déduction forfaitaire, une telle déduction ne peut pas être introduite au niveau réglementaire dans l'assurance-accidents, ce qui signifie qu'elle n'est pas applicable (Rapport explicatif du Département fédéral de l'intérieur du

E. 18

octobre 2023 relatif à la modification du RAI, n. 6.3 let. c p. 18). 9.3. En l'espèce, l'intimée a fixé le revenu d'invalidité à CHF 68'473.- en 2024, respectivement CHF 67'263.- en 2023, moment de naissance du droit éventuel à la rente. Ce faisant, elle s'est fondée sur les données de l'ESS 2020 (Total, homme, niveau de compétence 1) adaptées à un horaire hebdomadaire de 41,7 heures et indexées selon la table T1.1.10. A la question de l'abattement, elle a répondu que l'absence de formation du recourant, ses connaissances limitées en français, sa nationalité étrangère et ses limitations fonctionnelles ne justifiaient aucune réduction. 9.4. D'emblée, il convient d'écarter l'argumentation du recourant relative à l'application par analogie de l'art. 26bis al. 3 RAI, à laquelle la Cour de céans a déjà répondu, faisant notamment valoir que le législateur n'avait pas souhaité étendre cette disposition au domaine de l'assurance-accidents, comme il aurait pu le faire en l'intégrant au système de la partie générale des assurances sociales. Ce qui paraît logique. En effet, procéder à un abattement forfaitaire systématique de 10% ou de 20% en assurance-accidents - laquelle reconnaît déjà un droit à la rente à partir d'un taux d'invalidité de 10% -, cela reviendrait à fausser le système de calcul en octroyant des petites rentes d'invalidité exclusivement fondées sur des facteurs étrangers aux conséquences de l'accident. Cela dit, le point de vue de l'intimée qui considère que le recourant ne saurait se prévaloir d'aucun

abattement sur le revenu d'invalidé ne peut pas être suivi après un examen concret du cas d'espèce. 9.4.1. Dans l'ATF 148 V 174 (consid. 9.2 et 9.3), rendu en matière d'assurance-invalidité, le Tribunal fédéral a certes considéré qu'il n'y avait 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, eu égard aux critiques de la doctrine relatives à l'inadéquation des données statistiques de l'ESS pour les personnes en situation de handicap. A cet égard, il a toutefois souligné l'importance

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 primordiale de l'abattement comme instrument de correction et rappelé que des démarches en vue de l'élaboration de bases statistiques de l'ESS plus précises pour évaluer le revenu avec invalidité étaient alors en cours à l'OFAS. Ces considérations ont été étendues à l'assurance-accidents (arrêt TF 8C_541/2021 consid. 5.2.1). 9.4.2. En l'occurrence, on rappellera que les douleurs du recourant ont été objectivées par le diagnostic de CRPS affectant le genou droit. En outre, ses limitations fonctionnelles (cf. consid. 6.1. supra) l'empêchent de se déplacer librement et l'entravent dans ses positions; elles excluent également les activités physiques, alors que le niveau de compétence 1 comprend précisément un grand nombre postes de travail physiquement lourds qui sont généralement mieux rémunérés en raison de leur pénibilité (cf. MOSER-SZELESS/CASTELLA, op. cit.; art. 16 n° 35c et les références en notes de bas de page). De surcroît, les limitations du recourant n'ont pas (déjà) été prises en compte dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail, dès lors qu'une pleine capacité de travail sans diminution de rendement a été retenue. Quant aux autres critères tirés de l'absence de formation du recourant et de sa nationalité (langue maternelle étrangère et permis d'établissement), si, individuellement, ils ne justifient pas d'abattement s'agissant d'activités simples, niveau de compétence 1, ils ne parlent non plus en faveur du recourant d'un point de vue plus global. Au regard de la jurisprudence restrictive du Tribunal fédéral à cet égard, on s'en tiendra toutefois à un abattement de 10% compte tenu du handicap. En prenant en considération le revenu de CHF 67'263.- pour l'année 2023 retenu par l'intimée sur la base de l'ESS 2020 – étant précisé qu'il convient de se fonder sur les données statistiques qui ont fait l'objet d'une publication au moment de la décision administrative (arrêt TF 9C_699/2015 consid. 5.2) –, on obtient, après abattement, un revenu avec invalidité de CHF 60'537.-. 10. Droit à la rente – taux d'invalidité Après comparaison des revenus $([77'156 - 60'537] / 77'156)$, il résulte un taux d'invalidité de 21,5%, arrondi à 22% (ATF 130 V 121 consid. 3.2). Le recourant peut donc prétendre à une rente d'invalidité fondée sur un taux de 22% à compter du 1er juillet 2023. 11. Indemnité pour atteinte à l'intégrité 11.1.1. Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, première phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, seconde phrase); le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 11.1.2. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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 150 V 469 consid. 3; 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Elle se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (FRÉSARD/MOSER- SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3e éd. 2016, n° 311). 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 150 V 469 précité consid. 3; 115 V 147 consid. 1; arrêt TF 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les arrêts cités). 11.1.3. Aux termes de l'art. 36 al. 1 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b; 124 V 209 consid. 4a/bb) – 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 de l'annexe 3 OLAA). La Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; 116 V 156 consid. 3a; arrêt 8C_656/2022 précité consid. 3.3 et les arrêts cités). 11.1.4. L'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel) mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. 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 (arrêt 8C_656/2022 précité consid. 3.4 et les références). 11.2. En l'espèce, le taux de l'IPAI fixé dans la décision entreprise repose sur l'appréciation du docteur C. _____ du 10 février 2023. Celui-ci a tenu compte de la persistance des douleurs de la face interne du genou ainsi que de la limitation fonctionnelle lors de la flexion/extension de cette articulation limitée à 100° maximum avec un flexum résiduel, ce qui correspondait à une indemnité de 10% selon la table 2 relative à l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs. Contrairement à ce que soutient le recourant, une telle évaluation tient compte de l'ensemble de la problématique affectant son membre inférieur droit, y compris sur le plan des douleurs et de la complication de la situation par la survenance du CRPS, que le docteur C. _____ a mentionnée sous «Constatations». En tant que le recourant invoque les résultats d'une IRM du 28 mai 2024,

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 laquelle conclut à une «dégénérescence mucoïde de la corne postérieure du ménisque latérale avec doute sur une déchirure horizontale», cela ne suffit pas à mettre en cause l'estimation du médecin d'assurance. Tout diagnostic posé dans

le cadre de l'instruction médicale ne justifie pas en soi une indemnisation. Il appartient dans tous les cas aux médecins de décrire le déficit corporel entraîné par un diagnostic et de fixer l'indemnité, si l'atteinte est suffisamment grave. Quant au rapport du docteur E. _____ du 17 mars 2023, également invoqué par le recourant, il ne traite pas de la question de l'IPAI. En conclusion, il y a lieu de s'en tenir au taux fixé par le médecin d'assurance. 12. Sort du recours, frais de procédure et indemnité de partie

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