

FR_GERICHTE 605 2024 121 vom 30. Januar 2026

FR Kantonsgericht, 2026-01-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2024_121

FR: FR_GERICHTE 605 2024 121 du 30 janvier 2026

IT: FR_GERICHTE 605 2024 121 del 30 gennaio 2026

Erwägungen

E. 1

Recevabilité Interjeté en temps utile - compte tenu des suspensions estivales de délai - et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu et de la matière par une assurée dûment représentée et directement touchée par la décision sur opposition attaquée, le recours est recevable.

E. 2

Droit à la rente – principe de la vraisemblance prépondérante Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA; RS 832.20]), le droit à l'indemnité journalière (art. 16 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA) et le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA).

E. 2.1

Selon l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1]) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. L'al. 2 de cette disposition précise que le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède.

E. 2.2

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 santé 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 (art. 19 al. 1 LAA). De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a un droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (arrêt TF 8C_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées).

E. 2.3

Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent

comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt du TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). Aussi n'existe-t-il 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 (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

E. 3

Règles relatives au calcul de la rente – désavantage salarial Cela étant, est surtout litigieux le calcul du degré d'invalidité et, en particulier, la prise en compte d'un abattement de 10% dans le calcul du degré d'invalidité.

E. 3.1

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. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). 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 de travail équilibré (art. 16 LPGA). Selon l'art. 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).

E. 3.2

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 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).

E. 3.3

En ce qui concerne le revenu d'invalidé, on tient compte de la perte de gain effective si on peut admettre que la personne assurée utilise au mieux sa capacité résiduelle de travail et si le revenu obtenu est en adéquation avec la prestation fournie. On se fonde sur un revenu hypothétique lorsque la personne assurée ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident (FRESARD-FELLAY, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, 2015, § 286 p. 421). Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n° U 168 p. 97 consid. 3b).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 L'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident.

E. 3.4

Si 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'Office fédéral de la statistique (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). 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. 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). Une telle déduction ne doit 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).

E. 3.5

Selon l'art. 28 al. 4 OLAA, si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Cette disposition vise deux situations: premièrement, elle

s'applique si l'assuré, en raison de son âge, ne reprend plus d'activité lucrative après l'accident (variante I). Les conditions de cette variante sont remplies lorsque l'assuré dispose, au terme du traitement médical, d'une capacité de travail résiduelle au moins partielle, mais ne la met plus en valeur à cause de son âge. C'est notamment le cas si l'assuré atteint l'âge légal de la retraite pendant la période entre l'accident et la fin du traitement médical. La deuxième situation est celle où l'atteinte à la capacité de gain a principalement pour origine l'âge avancé de l'assuré (variante II). Cette variante est également applicable lorsque l'âge avancé n'est pas un facteur qui a une incidence sur l'exigibilité, mais qu'il est malgré tout un obstacle à la mise en valeur de la capacité résiduelle de gain, notamment parce qu'aucun employeur n'est disposé à engager un employé présentant des atteintes à la santé pour un laps de temps très court avant l'ouverture de son droit à une rente de l'AVS (arrêt du TF 8C_196/2022 du 20 octobre 2022 consid. 6.2.1 et les références).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 L'assuré qui remplit l'un ou l'autre cas de figure ne touchera alors une rente d'invalidité que dans la mesure où une telle rente serait octroyée dans les mêmes conditions à un assuré d'âge moyen présentant les mêmes capacités professionnelles et les mêmes aptitudes personnelles. Ce système repose sur la considération qu'une même atteinte à la santé peut entraîner chez une personne âgée des répercussions bien plus importantes sur la capacité de gain que chez une personne d'âge moyen pour diverses raisons (difficultés de reclassement ou de reconversion professionnels, diminution des capacités d'adaptation et d'apprentissage), alors que l'âge en tant que tel n'est pas une atteinte à la santé dont l'assureur-accidents doit répondre. Il s'agit d'empêcher l'octroi de rentes d'invalidité qui comporteraient, en fait, une composante de prestation de vieillesse. On rappellera que les rentes ont un caractère viager. L'âge moyen est de 42 ans ou, du moins, se situe entre 40 et 45 ans, tandis que l'âge avancé est d'environ 60 ans; il ne s'agit toutefois que d'un ordre de grandeur et non d'une limite absolue. La comparaison des revenus d'un assuré d'âge moyen comprend aussi bien le revenu sans invalidité que le revenu d'invalidité (arrêt du TF 8C_196/2022 du 20 octobre 2022 consid. 6.2.2 et les références).

E. 4

Règles relatives à l'appréciation des preuves

E. 4.1

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du

moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351).

E. 4.2

En droit des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles (art. 108 al. 1 let. c LAA). Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11

E. 4.3

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, 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 (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références citées; cf. ATF 130 III 324 s. consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il 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 (ATF 126 V 322 consid. 5a).

E. 5

Evaluation de la capacité de travail Il n'est pas contesté que l'état de santé de la recourante s'est stabilisé et qu'elle dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ainsi que le retiennent les Dr D. _____ et E. _____ dans leur rapport d'expertise. En revanche, dans son mémoire, cette dernière s'attache toutefois à discuter en détail les appréciations de deux praticiens qui décrivent des limitations fonctionnelles plus marquées que celles retenues par les experts mandatés. Quand bien même cela n'est pas explicitement contesté par la recourante, il y a donc lieu, dans un premier temps, de déterminer quelle est l'évaluation la plus convaincante.

E. 5.1

Les Drs D. _____ et E. _____ relèvent que l'assurée présente un status post-réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque Philos à cinq trous réalisée le 21 juin 2021, à la suite d'une fracture métaphyso-diaphysaire de l'humérus proximal droit survenue le 16 juin 2021, ainsi qu'une rétraction fibreuse capsulaire (arthrofibrose post-opératoire) de l'épaule droite. À cela s'ajoute une arthrose acromio-claviculaire droite minime et asymptomatique, sans lien avec l'accident. Il n'existe par ailleurs aucune atteinte neurologique significative.

En raison de ces affections, les médecins considèrent que la profession d'infirmière — qui requiert un effort physique soutenu et sollicite le membre supérieur droit dominant, notamment au-dessus de l'horizontale — ne peut être reprise. En revanche, ils estiment que la capacité de travail demeure entière, sans perte de rendement, dans une activité adaptée, pour autant que celle-ci respecte les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'engagement physique important, de sollicitations du membre supérieur droit (dominant), notamment au-dessus de l'horizontale, de port de charges de plus de 5 Kg. Ces conclusions se fondent sur l'étude des pièces du dossier d'assurance, lesquelles sont résumées dans un chapitre spécifique de chaque volet de l'expertise, ainsi que sur un entretien que chaque expert a effectué avec la recourante. A cette occasion, les experts ont pu procéder à un examen médical complet, également décrit en détail par les experts. Chaque diagnostic et conclusion pertinente sont expliquées, renvoyant à l'un ou l'autre élément. Par exemple, l'expert en orthopédie constate que la recourante a une mobilité réduite de l'épaule droite, notamment lorsqu'elle lève le bras vers l'avant ou sur le côté. Il souligne également que l'articulation principale de l'épaule (entre l'omoplate et l'humérus) bouge difficilement, et les mouvements de rotation vers l'extérieur ou vers l'intérieur du bras sont également limités. C'est ce qui le mène à considérer l'activité d'infirmière dans

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 les soins psychiatriques comme incompatible avec l'état de santé et retenir des limitations fonctionnelles. Pour sa part, l'expert en neurologie écarte la présence d'un trouble neurologique significatif en se référant à un examen normal. Néanmoins, il indique que le contexte global fait qu'il convient d'éviter un engagement de force et répétitif du membre supérieur droit chez une droitnière. Il recommande dès lors d'éviter toute activité nécessitant l'utilisation de ce membre supérieur droit de façon importante. On doit donc en conclure que les experts procèdent à une démarche bien argumentée, laquelle apparaît cohérente et convaincante. Leurs conclusions doivent donc se voir reconnaître une pleine valeur probante.

E. 5.2

Pour sa part, l'assurée se prévaut des appréciations du Dr G._____, spécialiste en anesthésiologie, et du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 14 mars 2024, le premier soutient que le fait de porter des charges est « compliqué » et « pense que le poids doit être limité à 3 kg ». Il voit également des limitations en lien avec l'utilisation du membre supérieur droit au-dessus du niveau de l'épaule, les mouvements répétitifs ainsi que tous les mouvements qui nécessitent une force importante dans la vie quotidienne (recours, annexe recours 3). Pour sa part, le second estime que sa patiente « est limitée en raison de l'état de son membre supérieur droit et de son épaule droite pour porter et/ou soulever des charges avec sa main droite de plus d'un demi-kilo » (rapport du 28 mars 2024), respectivement de « plus de 1 à 2 kg au maximum » (rapport du 21 juin 2024). Il cite également des limitations en lien avec l'utilisation du membre supérieur droit au-dessus du niveau de l'épaule et les mouvements répétitifs (rapports du 28 mars 2024 et 21 juin 2024, annexes recours 4 et 5). Toutefois, ces appréciations apparaissent moins motivées que celles des experts. D'une part, les rapports de ces médecins ne font pas état d'un examen clinique comparable à celui réalisé par les experts. Ils ne mentionnent pas de mesures précises de la mobilité, ni d'éléments objectifs permettant d'évaluer la force musculaire ou l'endurance fonctionnelle du membre atteint. Leurs conclusions se fondent essentiellement sur les plaintes subjectives de la patiente, sans qu'il soit démontré que ces plaintes s'accompagnent de signes cliniques

corrélés ou d'investigations complémentaires récentes. D'autre part, les avis des médecins traitants apparaissent partiellement contradictoires entre eux et même internes à leurs propres rapports : ainsi, ils font varier l'estimation du poids maximal soulevable entre 500g et 2 kg, sans justification médicale nouvelle ou évolution objectivée de l'état de santé. Ces écarts témoignent d'une certaine incertitude dans l'évaluation fonctionnelle. On rappelle, à ce stade, que, selon la jurisprudence, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). En conséquence, les rapports des Drs G._____ et H._____ reflètent avant tout une perception clinique ponctuelle et subjective, mais ne présentant pas la même force probante qu'une expertise fondée sur une évaluation interdisciplinaire complète et motivée.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11

E. 5.3

Partant, la Cour retient que la recourante demeure en mesure de travailler à temps plein et sans perte de rendement dans une activité adaptée, laquelle n'implique pas d'engagement physique important, de sollicitations du membre supérieur droit (dominant), notamment au-dessus de l'horizontale, de port de charges de plus de 5 Kg.

E. 6

Discussion sur le droit à la rente

E. 6.1

Dans sa décision sur opposition du 18 juin 2024, Visana a fixé le salaire de valide à CHF 115'328.85. Ce montant, qui correspond à celui indiqué par l'ancien employeur de l'assurée, lequel a renvoyé à la classification salariale en vigueur, classe de traitement 17, palier 20 (dossier Visana, page 514), n'est en soi pas contesté. Dans la mesure cependant où la recourante est née le 14 mai 1958, Visana aurait également pu se fonder sur les données relatives à un assuré d'âge moyen, dans le sens de l'art. 28 al. 4 OLAA, ce qui aurait pu l'amener à retenir un revenu de valide moins élevé. Ce premier paramètre de calcul retenu était ainsi, potentiellement, plutôt favorable à la recourante.

E. 6.2

S'agissant ensuite du revenu d'invalidité, Visana se réfère aux données statistiques. Selon l'assurance, le revenu avec invalidité doit être déterminé sur la base de la ligne totale de la table TA1, niveau de compétence 1, de l'ESS 2020 ce qui correspond à un revenu mensuel brut de CHF 4'276.00 pour une durée hebdomadaire de travail de 40 heures. Étant donné que la durée de travail usuelle en 2020 est de 41,3 heures, ce montant doit être ajusté, portant le revenu mensuel statistique à CHF 4'415.00. Le droit à la rente d'invalidité prenant naissance le 1er octobre 2023, il y a lieu d'adapter ce revenu au renchérissement de 2,74 %, ce qui conduit à un salaire mensuel de CHF 4 535.95, correspondant à un revenu annuel de CHF 54'431.30. Si ce calcul n'est en soi pas non plus litigieux, c'est l'absence de prise en compte d'un désavantage salarial qui l'est. La recourante demande que soit ici appliqué l'art. 26bis al. 3 RAI, par analogie. Dans un arrêt du 7 octobre 2025 (arrêt TC FR 605 2024 48, consid. 8.3), la Cour de céans a d'ores et déjà fait remarquer que cet argument ne pouvait être suivi. 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. 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

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 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 18 octobre 2023 relatif à la modification du RAI, n. 6.3 let. c p. 18). Procéder à un abattement forfaitaire systématique de 10% en assurance-accidents - laquelle reconnaît déjà un droit à la rente à partir d'un taux d'invalidité de 10% -, cela reviendrait, par ailleurs et surtout, à fausser le système de calcul en octroyant des petites rentes d'invalidité exclusivement fondées sur des facteurs étrangers aux conséquences de l'accident. Dans ce contexte, on ne saurait suivre la recourante lorsqu'elle invoque l'art. 26bis al. 3 RAI pour demander la prise en compte d'un abattement forfaitaire systématique de 10%.

E. 6.3

Reste à examiner si les différents critères prévus par la jurisprudence justifient que le Tribunal cantonal reconnaisse néanmoins à l'assurée le droit à un abattement au titre de désavantage salarial concret. S'agissant des limitations fonctionnelles, on rappelle que, selon la jurisprudence, une réduction à ce titre n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (arrêt du TF 8C_679/2020 du 1er juillet 2021 consid. 6.2). En l'occurrence, il apparaît que la recourante est limitée dans l'exercice d'activité légères (moins de 5 kg de port de charges). Néanmoins, elle demeure en mesure de trouver une activité connexe à son ancienne activité d'infirmière. On relève ainsi que des postes d'infirmière de coordination, d'infirmière en santé publique, d'infirmière en charge du tri, d'infirmière en charge de l'accueil, d'infirmière de recherche clinique ou de secrétaires médicales demeurent manifestement pleinement compatibles avec les limitations fonctionnelles. De l'aveu de l'ancien employeur, un travail d'infirmière dans un secteur plus calme - par ex: dans le don du sang - serait possible et permettrait un gain d'invalidité identique au gain de valide (dossier Visana, page 514). Dans ce contexte, c'est à juste titre que Visana n'a pas pris en compte les limitations fonctionnelles comme motif d'abattement du salaire statistique. En application de l'art. 28 OLAA, l'âge ne peut pas non plus être pris en compte au titre de désavantage salarial. Enfin, s'agissant des critères de la nationalité et du permis de séjour, on constate qu'ils n'ont pas empêché par le passé l'assurée d'obtenir des revenus supérieurs au salaire médian, que cela soit le salaire médian général ou spécifique à sa branche d'activité. Cela est d'autant moins le cas que, comme relevé ci-avant, l'assurée demeure en mesure de trouver une activité connexe à son ancienne activité d'infirmière. Dans ce contexte, ce critère ne saurait être retenu. En l'absence de tout critère d'abattement justifiant une diminution du revenu d'invalidité, celui-ci est dès lors fixé à CHF 54'431.30.

E. 6.4

Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que le degré d'invalidité de 41% retenu par l'autorité intimée dans la décision litigieuse, possiblement même favorable à la recourante, ne prête pas le flanc à la critique.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11

E. 7

Sort du litige – issue du recours Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondée, est rejeté et la décision sur opposition du 18 juin 2024 est confirmée. Il n'est pas perçu de frais de procédure, conformément au principe de gratuité applicable en la matière. Aucune indemnité de partie n'est enfin allouée. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure ni octroyé de dépens. III. 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 30 janvier 2026/pte Le Président
Le Greffier

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