

VD_GERICHTE ZA24.047354 vom 18. September 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-09-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA24.047354

FR: VD_GERICHTE ZA24.047354 du 18 septembre 2025

IT: VD_GERICHTE ZA24.047354 del 18 settembre 2025

Erwägungen

E. 3

a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge de référence. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – 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). Il appartient ainsi à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières, et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1; 143 V 148 consid. 3.1.1; 134 V 109 consid. 4.1). 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 (TF 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1). b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPG).

E. 4

a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

- 16 - exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il

se fonde sur une opinion plutôt qu'une 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 soient bien 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

- 17 - Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci 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 ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 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 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

E. 5

a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a présenté des séquelles qui s'inscrivaient en relation de causalité avec la fracture intra-articulaire du fémur gauche subie lors de l'événement du 3 janvier 2020, dont il n'est pas non plus contesté qu'il devait être qualifié d'accident au sens de l'art. 4 LPGA, l'intimée ayant d'ailleurs procédé au paiement des prestations d'assurance jusqu'au 31 mars 2024 (cf. courrier du 21 février 2024). b) Le recourant ne revient pas non plus sur le fait que sa situation médicale doit désormais être considérée comme stabilisée, ni ne conteste que cette circonstance justifiait que l'intimée examine son droit à une rente d'invalidité à compter du 1er avril 2024, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 6

a) Le recourant reproche, en premier lieu, à l'intimée de ne pas avoir tenu compte, dans l'établissement de sa capacité de travail, des douleurs permanentes et intenses dont il souffre, lesquelles justifieraient de tenir compte des limitations fonctionnelles supplémentaires mises en exergue par les Drs L._____ et H._____ dans leur rapport du 18 juillet 2024, à savoir pas de position assise prolongée plus de deux heures d'affilée ou entrecoupée de 15 à 30 minutes de marche ou d'exercices

- 18 - pour le genou et pas de marche dépassant les 1 km, sauf entrecoupées de pauses de 10 à 15 minutes. Selon lui, ces limitations devaient être ajoutées à celles retenues par l'intimée sur la base de l'appréciation du Dr G. _____ du 23 janvier 2024, à savoir le port de charges de plus de 25 kg, le déplacement en terrain accidenté, les montées et les descentes régulières d'escaliers et le travail accroupi ou à genoux. On notera ici que les médecins de la Clinique Q. _____ avaient, dans leur rapport du 20 septembre 2022, indiqué des limitations fonctionnelles moins étendues, à savoir : port de charges jusqu'à 25 kg, travail en position accroupie ou à genoux et position statique debout prolongée. Au vu de l'ensemble de ses limitations fonctionnelles, le recourant considère que sa capacité de travail doit être fixée en tenant compte d'une diminution de rendement de 30 %, notamment en raison des besoins fréquents de changement de position et de pauses pour gérer la douleur et prévenir la détérioration de son état de santé (cf. rapport du 19 août 2024 du Dr P. _____). b) Faisant suite aux rapports du 18 juillet 2024 des Drs L. _____ et H. _____ et du 19 août 2024 du Dr P. _____, l'intimée a, à nouveau, consulté le Dr G. _____ qui, dans son rapport du 16 septembre 2024, a confirmé les limitations fonctionnelles qu'il avait décrites dans son rapport du 23 janvier 2024. Il a exposé que tous les examens et les consultations rajoutés au dossier mettaient en évidence une mobilité complète au niveau des genoux et des hanches, ce qui avait été mentionné dans les différentes constatations cliniques, ainsi que dans son examen du 17 janvier 2024. En outre, les bilans radiologiques ne montraient pas de pathologie particulière au niveau du genou. On observera ici que le recourant ne parvient pas à remettre en doute ces constats, les rapports des Drs L. _____, H. _____ et P. _____ se limitant à faire état des douleurs ressenties et de problème de mobilité. Le Dr G. _____ a ensuite relevé que de nouveaux diagnostics étaient susceptibles d'expliquer les plaintes du recourant, tels que l'antélisthésis L5-S1 sur lyse isthmique bilatérale L5, un pied valgus et une

- 19 - ténosynovite du jambier postérieur. Dans ce contexte, les gonalgies, dont se plaignait le recourant, paraissaient bien être d'origine multifactorielle, comme l'avaient d'ailleurs indiqué les Drs L. _____ et H. _____ dans leur rapport du 22 février 2024, et ne se trouvaient dès lors pas, au stade de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité naturelle avec l'accident du 3 janvier 2020 et la fracture du fémur subie à cette occasion. Au demeurant, alors que les limitations fonctionnelles retenues par l'intimée mettaient déjà en lumière la nécessité pour le recourant de s'orienter vers une activité plus sédentaire que celle de chauffeur-livreur exercée jusqu'alors, il n'apparaît pas que ce dernier serait amené, dans le cadre d'une telle activité sédentaire, à devoir effectuer des marches ininterrompues dépassant le kilomètre. Cette limitation, mise en lumière par les Drs L. _____ et H. _____ et reprise par le Dr P. _____, n'apparaît dès lors pas pertinente. Pour le reste, parmi les activités visées par le niveau de compétence 1 de l'ESS, il en existe, à n'en pas douter, qui permettent au recourant d'alterner les positions assise et debout, et, en tout cas, de ne pas devoir rester dans une position assise pour une période de plus de deux heures. c) En définitive, il n'y a pas lieu de retenir des limitations fonctionnelles plus étendues que celles prises en compte par l'intimée et, partant, une diminution de rendement de 30 %.

E. 7

Cela étant constaté, il y a lieu de déterminer le degré d'invalidité du recourant. a) 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. 3.1.1 ; TF 8C_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 4.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V - 20 - 295 consid. 4.1.3 et les références ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2). b) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 135 V 297 consid. 5.1 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). c) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2). d) aa) Lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte, n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 148 V 419 consid. 5.2; 148 V 174 consid. 6.2; 143 V 295 consid. 2 ; 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2).

- 21 - bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (ATF 148 V 174 consid. 6.2 ; TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). e) Selon l'art. 15 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (al. 1) ; est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident ; est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (al.

2). Le gain assuré selon l'art. 15 LAA ne doit pas être confondu avec le revenu sans invalidité : tandis que le premier concerne le gain déterminant pour le calcul des rentes ou indemnités journalières et est établi sur la base du salaire concret que l'assuré a gagné avant l'accident, le deuxième est décisif pour le calcul du taux d'invalidité selon l'art. 16 LPGA et est un revenu purement hypothétique, même s'il est évalué, autant que possible,

- 22 - sur la base des circonstances concrètes (TF 8C_39/2022 du 13 octobre 2022 consid. 5.4 et les références citées).

E. 8

a) En l'espèce, le recourant ne revient pas sur le montant pris en considération par l'intimée à titre de revenu sans invalidité, lequel avait été fixé à 80'860 fr. sur la base des informations fournies par l'ancien employeur du recourant, par retour de courrier du 27 mars 2024. Ainsi, en prenant en compte un gain présumé perdu en 2024 de 6'220 fr., multiplié par 13 mois, le gain de valide peut être confirmé. b) aa) S'agissant du revenu d'invalidité, l'intimée l'a fixé à 67'899 fr., en se fondant à cet égard sur les données statistiques déduites, dans un premier temps, de l'ESS 2020, adapté à 2024, puis, dans sa décision sur opposition du 26 septembre 2024, de l'ESS 2022, indexé à 2024. Elle a ainsi tenu compte d'un salaire annuel de [5'305 fr. x 12 =] 63'660 fr., qu'elle a adapté à la durée hebdomadaire moyenne des entreprises et indexé de 1,7 % pour 2023 et de 0,6 % pour 2024, pour arriver à un revenu d'invalidité de 67'899 fr., sur lequel elle n'a opéré aucune déduction pour tenir compte d'une éventuelle perte de rendement, ni aucun abattement. bb) Le recourant estime toutefois qu'il y a lieu de procéder à un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité fixé sur la base de l'ESS en appliquant de manière analogique l'art. 26bis al. 3 RAI. Cette disposition, entrée en vigueur le 1er janvier 2024, prévoit qu'une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique et que si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée ; aucune déduction supplémentaire n'est possible. Il y a d'abord lieu de constater que cette disposition a été intégrée au RAI et non pas parmi les dispositions d'exécution de la LPGA ou de la LAA, soit par l'OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11] ou l'OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS

- 23 - 832.202]). Ainsi, il apparaît que l'art. 26bis al. 3 RAI concerne uniquement l'assurance-invalidité, la base légale idoine se trouvant en l'occurrence à l'art. 28a al. 1, 2e phrase, LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.20). D'ailleurs, le Département fédéral de l'intérieur a, dans son rapport explicatif pour la procédure de consultation du 5 avril 2023, mis en exergue l'absence d'une base légale dans la loi sur l'assurance-accidents, relevant expressément qu'à défaut d'une norme de délégation suffisante dans la loi, la nouvelle déduction forfaitaire ne pouvait pas, à ses yeux, être déclarée applicable, par voie d'ordonnance, à l'assurance-accidents et à l'assurance militaire (cf. p. 15 du rapport explicatif). En outre, si la volonté du législateur avait été de modifier l'évaluation du revenu d'invalidité pour l'ensemble des assurances sociales, ce sont les dispositions de la LPGA – définissant les principes et les notions du droit des assurances sociales et harmonisant les prestations des assurances sociales – qui auraient été modifiées. Si le domaine de l'assurance-accidents était aussi concerné, un renvoi aux nouvelles dispositions du droit de l'assurance-invalidité, même par analogie, aurait dû être inséré. Par ailleurs, de jurisprudence constante, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (et vice

versa). Cela sera d'autant plus vrai pour les cas où l'office AI aura déterminé le revenu avec invalidité selon le nouveau droit (David Ionta, Revenu d'invalidé selon l'ESS – une mise à jour, Jusletter du 21 novembre 2022, p. 68). On observera encore ici que, dans sa jurisprudence, le Tribunal fédéral a laissé ouverte la question d'une application analogique de l'art. 26bis al. 3 RAI en matière d'assurance-accidents (cf. ATF 150 V 410 consid. 9.5.3.6). Il est finalement relevé que, contrairement à l'assurance- invalidité, l'assurance-accidents ouvre déjà le droit à une rente à partir d'un taux d'invalidité de 10 %. Une déduction forfaitaire de 10 % dans le domaine de l'assurance-accidents entraînerait donc presque systématiquement une perte de gain justifiant une rente, débouchant sur une hausse massive du nombre de rentes octroyées. Or, encore une fois, à

- 24 - défaut de base légale, aucun élément ne démontre que telle avait été la volonté du législateur. cc) Dans le cas présent, c'est de manière non critiquable que l'office intimé n'a pas opéré d'abattement sur le revenu d'invalidé. d) Aussi, dans ces circonstances, c'est à bon droit que l'intimée a fixé à 16 % le taux d'invalidité du recourant ([80'860 fr. – 67'899 fr.] x 100 / 80'860 fr.).

E. 9

Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise orthopédique. Une telle mesure ne serait en effet pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée.

E. 10

a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA). Il n'y a pas non plus matière à allouer des dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA), ni à l'intimée, dès lors qu'elle a agi en qualité d'institution chargée de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4 ; cf. également ATF 128 V 323).

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