



POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

www.fr.ch/tc

605 2025 143

Arrêt du 15 septembre 2026

I^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :

Marc Boivin

Juges :

Marc Sugnaux, Vanessa Thalmann

Greffière :

Angélique Marro

Parties

A._____, **recourant**, représenté par Me Elio Lopes, avocat,
contre

SUVA, autorité intimée, représentée par Me Antoine Schöni, avocat,

Objet

Assurance-accidents – stabilisation de l'état de santé – droit à la rente

Recours du 3 septembre 2025 contre la décision sur opposition du
25 juillet 2025

considérant en fait

A. A._____, né en 1965, travaillait en qualité de centraliste à béton pour la société B._____ SA.

A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Suva.

Le 30 octobre 2019, un coffrage métallique lui est tombé sur la jambe droite, lui occasionnant plusieurs fractures.

Pour les suites de cet accident, la Suva a alloué des prestations d'assurance, notamment la prise en charge des frais médicaux et le versement d'indemnités journalières jusqu'au 28 février 2023.

A partir de cette date, elle a analysé si les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité étaient remplies.

B. Par décision du 2 juillet 2024, la Suva a refusé d'allouer à A._____ une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI).

Par décision sur opposition du 25 juillet 2025, la Suva a partiellement admis l'opposition formée préalablement par A._____, en ce sens qu'un droit à une IPAI de 7.5% lui était reconnu.

Pour le surplus, l'opposition a été rejetée.

C. Le 3 septembre 2025, A._____, agissant par son mandataire, interjette recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant à son annulation et, principalement, à la prise en charge des traitements médicaux et au paiement des indemnités journalières au-delà du 28 février 2023, subsidiairement, à ce qu'une rente d'invalidité et une IPAI de 100% lui soient allouées, plus subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, encore plus subsidiairement, au renvoi de la cause à la Suva pour mise en œuvre d'une expertise.

Il demande en outre que des débats publics soient organisés.

Le 9 décembre 2026, la Suva, agissant par son mandataire, fait parvenir ses observations, concluant au rejet du recours.

Le 27 février 2026, le recourant transmet ses contre-observations, ainsi que des rapports médicaux, puis, le 13 avril 2026, la Suva communique ses ultimes remarques.

D. Il sera fait état du détail des arguments formulés par les parties à l'appui de leurs conclusions dans les considérants en droit du présent arrêt, dans le cadre desquels seront notamment examinés leurs moyens de preuve.

en droit

1.

Recevabilité

Le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des suspensions estivales, et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente, par un assuré valablement représenté et directement touché par la décision querellée.

Partant, il est recevable.

2.

Violation du droit d'être entendu

2.1. Dans son recours, le recourant soutient d'abord que son droit d'être entendu a été violé, puisque le rapport du 15 mai 2025 du Prof. C. _____ (ci-après: consid. 13.6), spécialiste en radiologie ostéo-articulaire, diagnostique et interventionnelle, et celui du 27 mai 2025 du Dr D. _____ (ci-après: consid. 13.7), médecin d'assurance, spécialiste en médecine interne générale, ne lui ont pas été transmis avant que la décision sur opposition attaquée ne soit rendue. Il soutient dès lors que la cause doit être renvoyée à la Suva pour qu'il puisse se déterminer avant qu'une décision ne soit rendue.

2.2. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa; 126 V 132 consid. 2b et les références). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1).

Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans son jugement, soit tenue d'en aviser les parties (arrêt TF I 250/02 du 25 octobre 2002 consid. 3.3).

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 (arrêt TF 8C_21/2024 du 24 juin 2024 consid. 3.2.2 et les références).

2.3. En l'espèce, la Suva a effectivement failli à ses obligations en omettant de transmettre les rapports des Drs C. _____ et D. _____ avant de rendre sa décision.

Cela étant, à partir du moment où la décision a été rendue, le recourant a eu connaissance de l'existence de ces rapports, de sorte qu'il a eu la possibilité de formuler des griefs à leur encontre dans le cadre du présent recours.

Par ailleurs, dans la mesure où les rapports en question portent uniquement sur une relecture du dossier radiologique et concernent ainsi des éléments médicaux préexistants (voir ci-après: consid. 13.7 s.), il ne peut être considéré que l'atteinte aux droits procéduraux du recourant est particulièrement grave.

La Cour de céans jouissant d'un plein pouvoir d'examen, la décision attaquée n'a ainsi pas à être annulée pour ce seul grief formel, la violation du droit d'être entendu devant ainsi être considérée comme réparée.

3.

Mise en œuvre d'une expertise – preuves illicites

3.1. Le recourant soutient également que le rapport du 15 mai 2025 du Prof. C._____ précité doit être considéré comme une preuve illicite et être retiré du dossier. Selon lui, il en va de même du rapport du 27 mai 2025 du Dr D._____, puisque celui-ci se fonde sur le rapport du Prof. C._____.

En substance, il soutient que la Suva, en demandant au Prof. C._____ d'effectuer une relecture du dossier radiologique, a mis en œuvre une expertise à son insu. En procédant de la sorte, il estime que ses droits procéduraux, garantis par l'art. 44 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), ont gravement été violés, notamment puisqu'il n'a pas pu se déterminer sur le choix du radiologue, ni sur les questions complémentaires à poser à l'expert.

3.2. Conformément à l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin.

Mis à part les dispositions consacrées à l'expertise (art. 44 LPGA) et à l'observation (art. 43a LPGA), la LPGA ne contient pas de catalogue détaillé des moyens de preuve admissibles dans la procédure en matière d'assurances sociales.

Font notamment partie des moyens de preuves, les renseignements de tiers, soit toutes les informations – orales ou écrites –, données par une personne ou une institution, nécessaires à l'établissement des droits et des obligations en matière d'assurances sociales. Ils peuvent émaner d'un employeur, d'un médecin, d'une assurance (sociale et privée), d'un organe officiel ou de toute autre personne dont le témoignage apparaît utile à l'établissement des faits (PIGUET *in* Commentaire roamand LPGA, 2^e éd. 2025, art. 43 n. 13 et 15 et les références).

3.3. Afin de compléter l'art. 43 LPGA relatif à l'instruction de la demande, la LPGA consacre une disposition spéciale à un moyen de preuve particulier, l'expertise.

Ainsi, selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur juge une expertise nécessaire dans le cadre de mesures d'instruction médicale, il en fixe le type selon les exigences requises; trois types sont possibles à savoir l'expertise monodisciplinaire, l'expertise bidisciplinaire et l'expertise pluridisciplinaire (al. 1).

Si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties. Les parties peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l'art. 36 al. 1 LPGA, et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours (al. 2).

Lorsqu'il communique le nom des experts, l'assureur soumet aussi aux parties les questions qu'il entend poser aux experts et leur signale qu'elles ont la possibilité de remettre par écrit des questions supplémentaires dans le même délai. L'assureur décide en dernier ressort des questions qui sont posées aux experts (al. 3).

3.4. Le droit à une procédure équitable, consacré à l'art. 29 al. 1 Cst., interdit en principe l'utilisation d'un moyen de preuve obtenu de manière illicite. Cette interdiction ne vaut cependant pas de manière absolue. La jurisprudence admet qu'un moyen de preuve obtenu de manière contraire au droit puisse être pris en considération s'il avait pu être recueilli de façon légale. Dans ce cas, la jurisprudence exige de procéder à une pesée d'intérêts entre, d'une part, l'intérêt public à la manifestation de la vérité et au respect du droit et, d'autre part, l'intérêt de la personne concernée à ce que le moyen de preuve ne soit pas exploité (PIGUET, art. 43 n. 27 et les références).

3.5. En l'espèce, il convient d'abord d'examiner si la démarche entreprise par la Suva, consistant à demander au Prof. C. _____ de procéder à une relecture des examens radiologiques, devait être qualifiée d'expertise au sens de l'art. 44 LPGA, ce que soutient le recourant.

A cet égard, il ressort du dossier que le Prof. C. _____ a été invité à se prononcer exclusivement sur les images radiologiques déjà versées au dossier, plus précisément, sur l'évolution du genou droit en lien avec l'événement accidentel et sur l'existence d'une éventuelle pseudarthrose (voir ci-après: consid. 13.7 s.). Son intervention s'est limitée à fournir une appréciation spécialisée d'éléments médicaux préexistants dans le cadre de l'instruction du dossier, sans examiner personnellement le recourant, ni procéder à des investigations médicales complémentaires.

Or, la Suva dispose d'un large pouvoir d'instruction et est autorisée notamment à recueillir des renseignements auprès de médecin afin d'établir les faits pertinents. Une telle mesure d'instruction ne constitue ainsi pas nécessairement une expertise soumise aux garanties procédurales de l'art. 44 LPGA. Le seul fait que l'assureur sollicite l'avis d'un médecin spécialisé sur une documentation médicale existante ne suffit pas à transformer cette démarche en expertise indépendante au sens de cette disposition.

En l'occurrence, le Prof. C. _____ n'a pas été chargé d'élucider de manière globale la situation médicale du recourant ni de répondre à un mandat d'expertise structuré. Il s'est borné à interpréter des examens radiologiques figurant déjà au dossier.

Dans ces circonstances, son rapport doit être considéré comme un renseignement médical recueilli dans le cadre de l'art. 43 LPGA et non comme une expertise au sens de l'art. 44 LPGA. Le recourant ne saurait dès lors reprocher à la Suva de ne pas lui avoir communiqué préalablement le nom du radiologue ou les questions qui lui étaient adressées, les garanties procédurales prévues par l'art. 44 LPGA n'étant pas applicables en l'espèce.

Il s'ensuit que le rapport du Prof. C. _____ n'a pas été obtenu en violation de cette disposition. Il ne constitue donc pas une preuve illicite et il n'existe aucun motif d'en ordonner le retrait du dossier. Il en va de même du rapport du Dr D. _____, lequel repose notamment sur cette appréciation radiologique et ne saurait être écarté pour ce seul motif.

4.

Règles générales relatives aux prestations LAA

4.1. En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA), 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 IPAI (art. 24 LAA).

4.2. Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit 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 (al. 2).

Aux termes de 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Cette disposition règle le moment de la liquidation du cas d'assurance. L'assureur-accidents ne doit - pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme - accorder des prestations provisoires, telles que des indemnités journalières et un traitement médical, qu'aussi longtemps qu'une sensible amélioration de l'état de santé peut être attendue de la poursuite du traitement médical. Si tel n'est plus le cas, la cessation des prestations provisoires et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à une rente d'invalidité et/ou à une IPAI (art. 24 al. 2 LAA) doivent être examinées en même temps (arrêt TF 8C_243/2021 du 11 octobre 2021 consid. 1.4.2 et les références).

4.3. Ce qu'il faut entendre par « *sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré* » n'est pas décrit par le texte de la disposition légale. Eu égard au fait que l'assurance-accidents sociale vise, selon sa conception même, les personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), cette notion est définie notamment par la mesure de l'amélioration attendue de la capacité de travail ou celle de sa reprise, pour autant que celle-là ait été influencée par un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3).

L'utilisation du terme « *sensible* » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus 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).

Dans cette optique, les rapports médicaux établis après la clôture du cas (traitement médical et indemnités journalières), de même que les circonstances survenues après la clôture du cas jusqu'à la décision sur opposition, ne sont pas pertinents (arrêts TF 8C_299/2022 du 5 septembre 2022 consid. 5.1 et les références).

5.

Règles relatives au droit à une rente d'invalidité

5.1. Selon 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.

Aux termes de l'art. 8 LPGa, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Il découle de cette notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294).

Selon l'art. 7 LPGa, cette incapacité de gain peut résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (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). Ainsi, en vertu de l'art. 7 al. 2 LPGa, les facteurs extra-médicaux (p.ex. des facteurs psychosociaux et socioculturels) ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain (ATF 143 V 418 consid. 8.1 et les références).

5.2. 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 (méthode générale de comparaison des revenus; arrêt TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1 et les références).

5.3. 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 (arrêt TF 8C_50/2022, 8C_76/2022 du 11 août 2022 consid. 5.1.1 et les références).

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 les références).

5.4. En ce qui concerne le revenu d'invalidité, 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 (FRÉSARD-FELLAY, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, 2015, § 286 p. 421).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu avec invalidité peut être évalué sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS).

Depuis la dixième édition de l'ESS (2012), les emplois sont classés par l'OFS par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. Les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de profession sont les niveaux et la spécialisation des compétences

requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf grands groupes de professions et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle. Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé.

Entre ces deux extrêmes figurent notamment le niveau 2, lequel se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules. L'application du niveau 2 se justifie uniquement si la personne assurée dispose de compétences ou de connaissances particulières. L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes (ATF 150 V 354 consid. 6.1 et les références).

5.5. Aux fins de déterminer le revenu d'invalidé, le salaire fixé sur cette base peut à certaines conditions faire l'objet d'un abattement de 25% au plus (ATF 148 V 174 consid. 6.3).

Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a eu à se prononcer sur l'application en assurance-accidents des instruments prévus dans l'assurance-invalidité pour corriger le revenu d'invalidé déterminé selon les salaires statistiques de l'ESS, notamment de l'art. 26^{bis} al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lequel prévoit une déduction forfaitaire automatique de 10% sur le revenu d'invalidé établi sur la base de l'ESS.

Dans ce cadre, il a jugé qu'une application par analogie de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI dans le cadre de l'assurance-accidents n'entre pas en ligne de compte. Certes, les mêmes règles s'appliquent à la détermination du degré d'invalidité dans le cadre de l'assurance-invalidité et de l'assurance-accidents. Les mêmes problèmes existent également en lien avec l'application des tableaux ESS. Le législateur s'est toutefois limité à apporter une modification dans la loi sur l'assurance-invalidité, laquelle s'est ensuite concrétisée dans les dispositions d'exécution y relatives (RAI). L'absence d'une réglementation correspondante dans l'assurance-accidents résulte d'un choix délibéré du législateur (arrêt TF 8C_254/2025 du 23 juin 2026).

Dans des arrêts antérieurs, la Cour de céans avait déjà eu l'occasion de préciser que l'art. 26^{bis} al. 3 RAI n'était pas applicable, par analogie, au contentieux de l'assurance-accidents (pour les détails, voir arrêt TC FR 605 2024 48 du 7 octobre 2025 consid. 8.3; voir également arrêts TC FR 605 2025 12 du 8 avril 2026 consid. 10.4; 605 2025 30 du 5 février 2026 consid. 3.5; 605 2024 121 du 30 janvier 2026 consid. 6.2 et 605 2025 81 du 13 mai 2026 consid. 10.7).

6.

Règles relatives à l'IPAI

Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

L'IPAI a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet

de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références).

7.

Règles relatives à l'appréciation des preuves

7.1. Selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante, applicable dans le droit 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. 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 (arrêt TF 8C_586/2021 du 5 mai 2022 consid. 3.3 et les références).

7.2. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 pas trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre.

7.3. 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 de l'expert 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 (arrêt TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 et les références).

7.4. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert. Ainsi, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur, le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit

ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGa (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

Le Tribunal fédéral a encore précisé qu'une expertise doit être diligentée en présence d'un « *doute à tout le moins léger* » quant à la pertinence de l'avis du médecin-conseil (arrêt TF 8C_370/2017 du 15 janvier 2018 consid. 3.3.3 et les références).

7.5. Finalement, s'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, il y a lieu de tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et les références).

8.

Objet du litige

En l'espèce, est en premier lieu litigieuse la fin du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux avec effet au 28 février 2023, puis, dans un second temps, le droit à la rente d'invalidité et à une IPAI.

Pour traiter de ces questions, il y a lieu de revenir sur l'accident subi par le recourant, les troubles occasionnés et leur suite.

9.

Accident et évolution médicale jusqu'en juin 2020

9.1. Le 30 octobre 2019, un coffrage métallique est tombé sur la jambe droite du recourant, né en 1965 et travaillant alors comme centraliste à béton (doc. 1).

Les diagnostics de fracture déplacée transverse des diaphyses tibiale et fibulaire, ainsi que de fracture de la tête fibulaire, ont été posés (doc. 6).

Le jour de l'accident, il a subi une ostéosynthèse (= *technique chirurgicale qui sert à réparer les os cassés en utilisant des plaques, des vis ou des clous*) tibiale (doc. 20).

9.2. En novembre et décembre 2019, des radiographies de la jambe droite ont été effectuées, lesquelles ne montraient pas de signes radiologiques significatifs de consolidation (doc. 15 et 42).

Le 24 janvier 2020, une nouvelle radiographie a, en revanche, montré une « *progression discrète mais significative de la consolidation* » (doc. 40).

9.3. Lors d'un entretien téléphonique du 17 février 2020 avec le Suva, le recourant indiquait que l'évolution était satisfaisante (doc. 29).

9.4. Le 10 mars 2020, une radiographie montrait encore une discrète progression de la formation d'un cal osseux (= *substance osseuse qui permet la consolidation d'un os fracturé*) au niveau des fractures du tibia et péroné à droite.

La fracture du sous-capital de la tête du péroné droit était ancienne, consolidée.

Il y avait une ostéoporose (= *maladie qui rend les os poreux, moins résistants et fragiles*) diffuse (doc. 41).

9.5. Le 17 mars 2020, le recourant relevait que l'évolution était favorable, mais précisait toujours marcher avec une canne anglaise. Sa jambe droite avait tendance à enfler lors de la marche. Il souffrait d'une sensibilité aux changements de temps (doc. 35).

9.6. Une radiographie du 20 avril 2020 montrait une consolidation en cours mais avec des traits de fracture encore visibles et une sclérose partielle des bords, en discrète progression.

Il y avait en revanche une consolidation totale de la composante fracturaire proximale du péroné (doc. 65).

Une radiographie du 24 avril 2020 montrait des stigmates de fracture de la diaphyse du tibia et de la fibula. Il n'y avait pas de lésion du matériel ni de signes de démontage.

Il existait un cal osseux avec consolidation satisfaisante, même s'il semblait persister un très discret trait de fracture de la partie postérieure du foyer fracturaire (doc. 64).

9.7. Le 7 mai 2020, le recourant a séjourné à l'hôpital de E. _____. Sur le plan clinique, il se déplaçait avec une canne avec une légère boiterie d'esquive. Il présentait des douleurs fluctuantes, légèrement plus importantes les derniers jours. Les cicatrices étaient calmes (doc. 77).

9.8. Lors d'un entretien téléphonique du 18 mai 2020, le recourant indiquait que, depuis le confinement en raison du Covid-19, la situation de sa jambe s'était quelque peu péjorée. En plus, son moral n'était pas très bon et il ne dormait pas bien du tout.

Il expliquait ne pas pouvoir reprendre le travail dès le 1^{er} juin 2020, car sa jambe le faisait encore souffrir et il présentait encore un manque de force important (doc. 53).

Le 29 mai 2020, le recourant a été vu par le Dr F. _____, médecin traitant, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, lequel indiquait également que le recourant était déprimé et qu'il décrivait une bonne évolution jusqu'au Covid-19 (doc. 61).

Une radiographie du même jour montrait une augmentation de la consolidation des fractures fibulaire et tibiale par rapport à l'examen du 20 avril 2020, satisfaisante.

Il n'y avait pas de signes de pseudarthrose et pas de déplacement secondaire (doc. 63).

9.9. Le 28 juin 2020, le Dr F. _____ relevait une franche amélioration clinique. Il existait cependant toujours des douleurs sur la plaque. Le recourant marchait sans cannes, mais présentait des limitations dans la marche en terrain accidenté (doc. 101).

10.

Séjour à la Clinique romande de réadaptation et évolution jusqu'en novembre 2020

10.1. Du 18 août 2020 au 30 août 2020, le recourant a séjourné auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR).

A l'entrée, il se plaignait au premier plan d'une douleur du tibia droit en regard de la plaque irradiant vers le genou, dont la caractéristique était difficile à décrire selon lui. Cette douleur augmentait lors

de la mobilisation et de la charge. Elle diminuait au repos lors de l'application de glace et de la prise de médicament. Il n'y avait pas de sentiment d'instabilité du genou.

10.2. Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie.

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Il n'existait aucun facteur contextuel pouvant influencer négativement les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées par le recourant.

Le traitement antalgique s'était avéré efficace pour contrôler les douleurs durant le séjour, tout en augmentant l'activité physique.

L'évolution subjective et objective était favorable.

10.3. Durant le séjour, le recourant a été pris en charge aux ateliers professionnels, durant des périodes allant jusqu'à 4 heures consécutives, à des activités moyennement lourdes. Il s'était bien investi dans toutes les activités demandées sans grande douleur.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes pour la jambe droite avaient été retenues: le port de charges lourdes répétitif de plus de 15-20 kg et les longs déplacements surtout en terrain irrégulier.

La situation n'était pas encore stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, la poursuite de la physiothérapie et du fitness pouvant améliorer la fonctionnalité du recourant.

La stabilisation médicale était attendue dans un délai de 1 à 3 mois.

Durant le séjour, le recourant avait été évalué par un spécialiste en orthopédie qui indiquait que, selon la consolidation de la fracture, une ablation du matériel d'ostéosynthèse (ci-après: AMO) pouvait être envisagée.

10.4. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de centraliste à béton était actuellement encore défavorable. A terme, il devait cependant être capable de retrouver une pleine capacité de travail dans cette même activité.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était favorable. On s'attendait à une pleine capacité dans une telle activité (doc. 108).

10.5. Lors d'un entretien du 8 octobre 2020, le recourant relevait que, avant son séjour à la CRR, son état psychologique était très bas. Depuis, son état était meilleur et il se portait bien.

Le matériel d'ostéosynthèse le gênait beaucoup. Il espérait que la date pour une AMO pouvait être fixée rapidement (doc. 109).

Le 19 novembre 2020, il indiquait avoir un rendez-vous auprès d'une entreprise pour un éventuel stage non-rémunéré en tant qu'opérateur sur machines (doc. 114).

11.

Apparition de troubles au genou et intervention chirurgicale

11.1. Le 14 janvier 2021, le recourant a été vu par le Dr G._____, médecin traitant, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur.

Le recourant s'était présenté à sa consultation à son retour de H._____, voyage qui avait été autorisé par la Suva.

Le recourant était toujours gêné par la plaque au niveau du tibia, mais cette gêne semblait supportable, puisqu'il avait signalé avoir fait un stage professionnel dans une entreprise.

D'autre part, le recourant semblait présenter des douleurs antérieures au niveau de son genou et avait consulté plusieurs orthopédistes pendant son séjour à H._____.

Une IRM avait été effectuée, sur laquelle il n'existait pas de franche lésion.

Selon le recourant, les spécialistes à H._____ avaient mis en évidence une déchirure partielle et avaient proposé des infiltrations pour essayer de guérir le tendon.

Le Dr G._____ précisait toutefois que, personnellement, il ne pratiquait pas cette technique, de sorte qu'il n'était pas entré en matière pour ce traitement (doc. 143).

11.2. Lors d'un entretien téléphonique avec la Suva le 15 janvier 2021, le recourant expliquait s'être rendu à H._____ pendant la période de Noël, où il avait eu beaucoup de peine à monter/descendre les escaliers. Il s'était alors rendu auprès d'un spécialiste qui avait fait des radiographies ainsi qu'une IRM. Il semblait qu'il y avait une fissure au niveau d'un tendon (doc. 131).

11.3. Le 8 mars 2021, une radiographie des membres inférieurs a été effectuée.

Concernant le genou droit, il n'y avait pas de remaniement dégénératif significatif, ni de lésion osseuse sous-jacente (doc. 149).

11.4. Le 9 mars 2021, le Dr D._____ relevait que le suivi du Dr G._____ paraissait adéquat. Selon les rapports de ce dernier, la situation semblait stabilisée.

En l'état du dossier, *a priori*, il n'y avait plus de traitement nécessaire mis à part une consultation auprès du Dr G._____ puis une éventuelle AMO (doc. 145).

11.5. Le 30 avril 2021, le recourant a été vu par le Dr I._____, médecin traitant, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Le bilan radio-clinique suggérait que la symptomatologie douloureuse résiduelle du recourant était probablement à mettre en rapport avec une évolution vers une gonarthrose fémoro-tibiale externe, séquellaire de la fracture.

Il y avait également une persistance d'une déchirure radiaire du corps du ménisque externe.

La gonarthrose était favorisée par un cal vicieux (= *consolidation d'une fracture en mauvaise position*) affectant la fracture de la jambe droite.

A hauteur du versant interne de la jambe, il existait une gêne sur le matériel d'ostéosynthèse.

Le Dr I. _____ proposait une reprise chirurgicale. Il pensait qu'une ablation simple du matériel d'ostéosynthèse offrirait un bénéfice limité.

Il proposait ainsi de considérer une reprise de l'abord antéro-interne centré sur la jambe avec AMO, une arthroscopie du genou pour prise en charge de la lésion méniscale externe, ainsi qu'une correction du cal vicieux (doc. 170).

11.6. Le 17 mai 2021, le Dr J. _____, médecin d'assurance, spécialiste en orthopédie et traumatologie, indiquait que l'intervention proposée par le Dr I. _____ était en lien de causalité avec l'accident.

Le retour illimité à une activité lourde n'était pas envisageable (doc. 173).

11.7. Le 9 juillet 2021, le Dr I. _____ a revu le recourant en présence d'un traducteur officiel. L'objectif de la consultation était de rediscuter de l'ensemble de la problématique avec le recourant afin qu'il puisse bien comprendre les tenants et les aboutissants de celle-ci ainsi que des options thérapeutiques potentielles.

Depuis la dernière évaluation, le médecin conseil de la Suva avait donné son accord vis à vis de la possibilité d'une couverture assécurologique de la reprise chirurgicale qui avait été évoquée.

Au terme de la nouvelle évaluation, le recourant désirait à ce stade réfléchir.

Malgré la persistance d'une symptomatologie douloureuse sur le versant antéro-externe de son genou et, dans une moindre mesure, au versant antéro-interne, le recourant se posait la question de suspendre toute prise en charge médicale afin de privilégier les mesures de réintégration qui lui avaient été proposées par l'OAI, désormais également sollicitées (voir ci-après: consid. 15). La reprise chirurgicale proposée reporterait potentiellement cette reconversion professionnelle d'une période de 7 à 8 mois, selon le domaine qui avait été sélectionné.

Le recourant s'interrogeait aussi sur la possibilité d'une prise en charge séquentielle, d'abord par AMO, puis par ostéotomie de correction axiale. Attendu que la symptomatologie douloureuse prédominait au versant antéro-externe du genou et que cette prise en charge séquentielle allongerait encore l'intervalle avant que le cas ne soit stabilisé, le médecin suggérait au recourant de ne pas considérer cette option (doc. 183).

11.8. Lors d'un entretien téléphonique avec la Suva le 23 juillet 2021, le recourant informait avoir opté pour l'AMO d'ostéosynthèse avec arthroscopie et en avait déjà informé le médecin. Il précisait que la situation était très difficile à vivre pour lui, notamment le fait d'être loin de sa famille qui se trouvait à H. _____. Il souhaitait en finir rapidement avec les interventions afin qu'il puisse rejoindre sa famille (doc. 184).

11.9. Le 15 octobre 2021, il a subi une AMO (doc. 198).

Dans un rapport du 22 avril 2022, le Dr F. _____ rappelait que, après réflexion, le recourant avait souhaité une AMO, dans l'objectif de reprendre au plus tôt une activité professionnelle.

Dans ce sens, une AMO avait été effectuée le 15 octobre 2021, laquelle s'était déroulée sans complication (doc. 227).

12.

Consultation du médecin d'assurance et fin des indemnités journalières

12.1. L'année suivant l'AMO, le 1^{er} septembre 2022, le recourant a été vu par le Dr D._____.

Il ne ressentait pas de douleur au genou lorsqu'il était au repos. Il ressentait une légère douleur à la face antérieure du tibia, environ 10 cm au-dessus de la cheville, même lorsqu'il était au repos. Cette même douleur augmentait lorsqu'il marchait et, après environ 15 à 20 minutes, il faisait en général une petite pause à cause de cette douleur. A l'arrêt, la douleur rediminuait très rapidement. La position assise n'était pas limitante.

Le recourant arrivait à conduire sa voiture automatique sur une durée de 1h15 maximum avant de devoir faire une pause.

Le recourant précisait que sa situation actuellement était plus difficile à vivre du point de vue psychologique que du point de vue du problème physique. Le fait d'être dans un autre pays, sans sa famille et sans pouvoir travailler lui pesait énormément.

Actuellement, le recourant ne prenait aucune antalgie, même pas en réserve.

Après son accident, il avait bénéficié d'un cours de formation soutenu par l'AI dans le domaine d'opérateur sur une machine travaillant le métal.

Objectivement, le recourant était en excellent état général. Il faisait plus jeune que son âge, marchait librement, sans boiterie, y compris à pieds nus dans la salle d'examen, avec un bon déroulement des pieds. La marche sur la pointe des pieds et les talons était bien effectuée.

Une arthroscopie du genou avait été proposée par le Dr I._____, mais le recourant, qui ne se sentait pas trop gêné par les douleurs et qui n'aimait pas se soumettre à des opérations, avait décidé d'accepter l'AMO uniquement et ne souhaitait pas d'autre intervention actuellement.

Pour ce qui était des lésions structurelles, en lien avec l'événement du 30 octobre 2019, la situation médico-assécurologique pouvait donc être considérée comme stabilisée.

Sur le plan de l'exigibilité, le recourant pouvait, dans le cadre d'une activité idéalement réalisée à sa guise en position assise ou debout, sans nécessiter de déplacement prolongé ou de déplacement en terrain irrégulier, sans utilisation répétée d'escalier, sans activité sur les échafaudages, sans port de charge lourde, sans port de charge répétitif au-delà de 10 kg, sans devoir s'agenouiller ou s'accroupir, réaliser une activité en pleine capacité, horaire et rendement.

L'ancienne activité de centraliste à béton ne respectait plus ces limitations (doc. 260).

12.2. Par courrier du 16 janvier 2023, la Suva déclarait mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 28 février 2023 (doc. 304).

12.3. Ce n'est que plusieurs mois plus tard, dans un courrier du 14 juillet 2023, que le recourant contestait que son état de santé se soit stabilisé. Se référant au rapport du 12 mai 2021 du Dr I._____, il relevait que ce dernier avait recommandé la réalisation de plusieurs opérations susceptibles d'améliorer sensiblement sa capacité de travail (doc. 335).

Le 21 juillet 2023, le Dr D. _____ rappelait à cet égard que, lors de l'examen de septembre 2022, le recourant avait précisé qu'il ne se sentait pas trop gêné par les douleurs et qu'il n'aimait pas se soumettre à des opérations, raison pour laquelle il avait décidé d'accepter l'AMO et ne souhaitait pas d'autre intervention.

Ainsi, sur la base du dossier à disposition, l'état de santé pouvait être considéré comme stabilisé (doc. 338).

12.4. Par courrier du 11 janvier 2024, la Suva indiquait que le dossier avait une nouvelle fois été soumis au médecin d'assurance, lequel maintenait sa position selon laquelle l'état de santé était stabilisé. Le droit à d'autres prestations d'assurance allait ainsi être examiné (doc. 350).

12.5. Le 9 février 2024, le recourant indiquait contester la fin du paiement des indemnités journalières (doc. 352).

A l'appui de son courrier, il transmettait notamment un courriel qu'il avait envoyé le 19 juillet 2021 au Dr I. _____, dans lequel il indiquait avoir eu l'occasion de parler calmement avec sa famille quant aux options chirurgicales.

Compte tenu de son « *état psychologique faible* », en lien avec le traumatisme de l'accident et l'évolution post-opératoire difficile, il avait décidé pour « *l'ablation simple du matériel d'ostéosynthèse et arthroscopie du genou (si nécessaires)* ».

Il tenait à préciser que cette décision ne signifiait pas un refus d'une possible intervention chirurgicale pour correction du cal vicieux. Il s'agissait d'une chirurgie délicate et il souhaitait « *envisager de le faire dans un autre état de [s]a convalescence* » (doc. 352).

12.6. Par décision du 2 juillet 2024, la Suva a, quoi qu'il en soi, nié le droit à une rente d'invalidité, de même qu'à une IPAI (doc. 361).

13.

Procédure d'opposition

13.1. Dans le cadre de son opposition, le recourant a fait parvenir plusieurs rapports médicaux.

Le 10 juin 2024, une IRM du genou droit a été effectuée, laquelle faisait état d'une chondropathie de grade IV du plateau tibial externe, d'une fissuration du segment moyen du ménisque externe, de signes évocateurs de déchirure du muscle tibial antérieur, avec doute sur une possible extension au muscle long extenseur des orteils en regard (doc. 373).

13.2. Le 13 juin 2024, une scintigraphie osseuse a été effectuée, laquelle mettait en évidence une hypercaptation tardive au niveau de la partie postérieure du tibia droit pouvant correspondre à un début de pseudarthrose.

L'absence d'hypercaptation précoce parlait contre un état inflammatoire actif (doc. 374).

13.3. Le 28 juin 2024, un scanner du genou et du tibia a été effectué. Il existait des remaniements diaphysaires tibiale et fibulaire avec la présence d'un cal osseux. Une petite solution de continuité résiduelle au niveau tibial pouvait correspondre à un aspect de pseudarthrose persistant (doc. 375).

13.4. Dans un rapport du 11 juillet 2024, le Dr K._____, médecin traitant, spécialiste en chirurgie orthopédique, répondait aux questions préalablement posées par le mandataire du recourant.

Selon lui, le recourant présentait deux autres diagnostics en plus de ceux de « l'expertise » de 2022. Premièrement, le recourant présentait une pseudarthrose du tibia à droite. Ce diagnostic avait été posé par une scintigraphie osseuse effectuée le 13 juin 2024 et un scanner du tibia effectué le 28 juin 2024.

Il présentait également une gonarthrose externe à droite, selon une IRM effectuée le 10 juin 2024.

Le recourant ne marchait pas librement. Il existait une toute petite boiterie. Le genou était sec et stable, mais était douloureux.

Sur les chantiers, dans une centrale à béton, la capacité de travail était nulle.

En revanche, dans une activité adaptée, on pouvait imaginer une reprise du travail à 100%. La capacité de travail devait être probablement de 80%, puisque le recourant ne pouvait faire qu'une position assise/debout alternée et, dans ce contexte, la capacité de travail diminuait un peu.

La pseudarthrose présentée par le recourant était consécutive à l'accident du 30 octobre 2019, consécutive également à l'opération qui avait été effectuée.

S'agissant de l'arthrose externe du genou, il était très probable qu'elle soit également consécutive à l'accident. Malheureusement, elle avait été diagnostiquée sur une IRM et cet examen n'était pas suffisant pour avoir une certitude de l'étendue et de la gravité de celle-ci (doc. 376).

13.5. Par courrier du 25 avril 2025 adressé au Prof. C._____, le Dr D._____ demandait à ce dernier de procéder à une relecture du dossier radiologique du recourant, plus précisément, de se prononcer quant à l'évolution du genou droit en lien avec l'événement du 30 octobre 2019 et de la consolidation *versus* pseudarthrose du tibia droit et du péroné droit (doc. 404).

13.6. Dans un rapport intitulé « consilium » du 15 mai 2025, le Prof. C._____ concluait, sur la base du dossier, que le recourant ne présentait aucune pseudarthrose et que la consolidation osseuse était tout à fait bien présente.

Les images de scintigraphie avaient été mal interprétées et il s'agissait simplement d'un remaniement chronique post-traumatique tout à fait physiologique à moyen et long terme, chez le recourant chez qui la fracture avait mis du temps à se consolider (doc. 405).

13.7. Dans un rapport du 27 mai 2025, le Dr D._____ relevait que l'imagerie effectuée en 2024 mettait en évidence une arthrose fémoro-tibiale externe. Cette arthrose était à mettre en lien avec l'événement du 30 octobre 2019. D'après l'imagerie, elle pouvait être considérée comme modérée. Il était tout à fait possible qu'elle évolue vers une arthrose modérée à sévère.

En revanche, le recourant ne présentait pas de pseudarthrose du tibia droit. Les fractures du tibia droit étaient consolidées.

La situation médico-asséculo-logique pouvait être considérée comme stabilisée depuis l'examen du 1^{er} septembre 2022. Aucun traitement spécifique, notamment une intervention chirurgicale, n'avait été pratiquée depuis cette date.

On avait assisté à une évolution dégénérative progressive et l'imagerie avait mis en évidence, en 2024, l'apparition d'une arthrose fémoro-tibiale. Cette évolution n'avait rien de surprenant et le degré d'une telle arthrose n'était pas prévisible en 2022.

Les limitations fonctionnelles déterminées en septembre 2022 étaient confirmées. La baisse de rendement de 20% évoquée par le Dr K. _____ n'était pas plausible. Un tel changement de positions ne justifiait aucune diminution du taux de travail. Il était au contraire recommandé ergonomiquement à toute personne exerçant dans une activité assise.

Les critères pour l'octroi d'une IPAI étaient aujourd'hui atteints pour l'atteinte arthrosique fémoro-tibiale externe au genou droit (doc. 406).

13.8. Par décision sur opposition du 25 juillet 2025, la Suva a partiellement admis l'opposition formée par le recourant en ce sens qu'un droit à une IPAI de 7.5% lui était reconnu.

Pour le reste, l'opposition a été rejetée.

14.

Procédure de recours

14.1. Dans le cadre de la présente procédure de recours, le recourant a produit plusieurs rapports.

Dans un rapport du 30 septembre 2025, le Dr K. _____ répondait aux questions posées par le mandataire du recourant.

A la question de savoir s'il partageait l'avis du Prof. C. _____, il indiquait ne pas pouvoir répondre à cette question puisqu'il s'agissait d'un avis d'un radiologue divergeant de celui d'un médecin chef adjoint spécialiste en médecine nucléaire. Personnellement, il pensait que le spécialiste en médecine nucléaire était bien placé pour analyser une scintigraphie.

S'agissant de la diminution de rendement à 80%, il était courant de dire que, si un expertisé travaillait en position assis/debout alternée, la capacité de travail était de 80%. Ceci était d'usage dans toutes les expertises AI et cela était globalement accepté par les relecteurs, par les instances juridiques, ainsi que par l'AI.

14.2. Le 15 octobre 2025, une IRM a été effectuée, laquelle montrait de discrètes anomalies de signal du corps du ménisque externe semblant correspondre à une rupture longitudinale verticale étendue sur 5 mm dans l'axe antéropostérieur.

Il y avait également des troubles dégénératifs sous forme d'une chondropathie de stade IV du plateau tibial latéral postérieurement et de la facette latérale de la trochlée fémorale.

14.3. Le 21 octobre 2025, le Dr K. _____ relevait que les considérations étaient quasiment les mêmes que 18 mois auparavant. La situation n'évoluait pas, le recourant présentant toujours des douleurs.

Il pensait donc qu'une arthroscopie était nécessaire.

14.4. Le 30 octobre 2025, il indiquait que le recourant avait de plus en plus de douleurs depuis le printemps 2025.

L'accident du 30 octobre 2019 constituait une cause « *au degré de la vraisemblance prépondérante* » des troubles mentionnés lors de l'IRM effectuée en octobre 2025.

L'arthroscopie qu'il proposait n'allait pas redonner au recourant le genou qu'il avait avant 2019. Elle allait cependant diminuer une partie des douleurs, surtout celles dues au problème méniscal, et pouvait aussi aider l'arthrose du compartiment externe puisque l'arthroscopie était l'un des premiers traitements (agressif) de la gonarthrose.

Concernant l'amélioration de la capacité de travail par l'arthroscopie, il n'était pas possible de savoir l'effet qu'aura une telle intervention sur les troubles dégénératifs.

Les troubles du genou diagnostiqués lors de l'IRM d'octobre 2025 pouvaient limiter la capacité de travail. Dans une activité adaptée, il avait été fait état d'une capacité totale de 80%. Le problème que présentait le genou du recourant allait rendre la position assise/debout plus difficile, les mouvements rotatoires lors des changements de position allant être altérés. Dans ce contexte, il fallait plutôt prévoir une activité uniquement assise, de sorte que la capacité de travail oscillait entre 80% et 10%.

15.

Prise en charge par l'assurance-invalidité

15.1. En parallèle à la procédure relative à l'assurance-accidents, le recourant a déposé une demande de prestations le 15 avril 2020 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après: OAI).

Le 15 mai 2020, l'OAI indiquait prendre en charge, à titre de mesures d'intervention précoce, une mesure comprenant 3 modules effectués auprès de la fondation L. _____ à partir du 1^{er} juin 2020 jusqu'au 12 février 2021 (doc. 49).

15.2. Le 19 décembre 2022, l'OAI a rendu un projet de décision octroyant au recourant le droit à une rente entière du 1^{er} octobre 2020 au 30 novembre 2022, considérant que la stabilisation de l'état de santé pouvait être fixée au 1^{er} septembre 2022. A partir de cette date, le recourant présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (doc. 298).

Le même jour, une aide au placement lui a été octroyée (doc. 299).

15.3. A partir du 1^{er} mars 2023, le recourant a bénéficié d'un placement à l'essai auprès de l'entreprise M. _____ SA (doc. 322).

Le 31 mai 2023, la mesure précitée a été interrompue (doc. 329).

Un nouveau placement à l'essai a alors débuté à partir du 1^{er} juin 2023 auprès de l'entreprise N. _____ (= *entreprise spécialisée dans les fontaines à eau et les systèmes de filtration d'eau*) (doc. 331).

Cette mesure a été prolongée jusqu'au 28 novembre 2023 (doc. 339)

15.4. Du 1^{er} décembre 2023 au 31 mai 2024, l'OAI a pris en charge les coûts d'une allocation d'initiation au travail pendant la période d'initiation au sein de l'entreprise N. _____ (doc. 351).

Durant cette période, le recourant était occupé à un taux de 100% comme technicien de service – responsable de la logistique auprès de l'entreprise précitée (doc. 359).

15.5. Le 3 septembre 2024, l'entreprise N. _____ a annoncé une rechute à la Suva.

Il était précisé que, après avoir formé le recourant aux tâches de l'entreprise, l'employeur était très satisfait de ses performances et de ses services. Néanmoins, il avait été constaté que, ces derniers mois, il était impossible pour le recourant de subvenir à ce travail à 100%. Il présentait souvent de fortes douleurs dans sa jambe (doc. 379).

16.

Discussion relative à la stabilisation de l'état de santé

16.1. Dans son recours, le recourant conteste que les troubles causés par l'accident se soient stabilisés, si bien que, selon lui, la Suva doit continuer de prendre en charge les traitements médicaux et payer les indemnités journalières au-delà du 28 février 2023.

En particulier, il soutient que les allégations selon lesquelles il ne souhaitait pas se soumettre aux opérations proposées par le Dr I. _____ sont erronées.

Selon lui, dans son courriel du 19 juillet 2021, il avait expressément indiqué au médecin précité qu'il acceptait l'AMO et une arthroscopie du genou. Il avait également indiqué qu'il ne refusait pas une intervention chirurgicale pour la correction du cal vicieux.

Le recourant confirmait souhaiter bénéficier des opérations proposées par le Dr I. _____, soit une arthroscopie du genou et la correction du cal vicieux. Il attendait toutefois que la Suva établisse une confirmation de prise en charge pour les opérations précitées.

16.2. Ce grief ne peut être suivi.

Il convient d'abord de relever que l'évolution médicale a été globalement favorable après l'accident du 30 octobre 2019.

Après une consolidation osseuse progressive documentée par les examens radiologiques successifs, le recourant a bénéficié d'un séjour à la CRR en août 2020. Les médecins de cet établissement ont alors constaté une évolution subjective et objective favorable. S'ils estimaient que l'état n'était pas encore stabilisé, ils prévoyaient néanmoins une stabilisation dans un délai d'un à trois mois et considéraient qu'à terme une pleine capacité de travail dans une activité adaptée pouvait être exigée.

Par la suite, il ressort du dossier que le recourant a développé des troubles au genou et, dans ce contexte, le Dr I. _____ a évoqué plusieurs options chirurgicales, à savoir une reprise chirurgicale comprenant l'AMO, une arthroscopie du genou ainsi qu'une correction du cal vicieux.

Après avoir discuté de ces différentes possibilités avec le médecin, le recourant a toutefois indiqué vouloir privilégier sa réinsertion professionnelle et exprimait encore des hésitations quant à l'opportunité et à l'étendue des interventions proposées.

Quelques jours plus tard, il informait la Suva qu'il avait finalement décidé de se limiter à l'AMO, intervention qui a effectivement été réalisée le 15 octobre 2021.

16.3. S'il est exact que le courriel du 19 juillet 2021, produit ultérieurement par le recourant, démontre que celui-ci n'excluait pas définitivement une correction du cal vicieux, mais souhaitait simplement reporter cette intervention jusqu'à ce que son état psychologique soit meilleur, cette pièce ne permet toutefois pas de remettre en cause la date de stabilisation retenue par la Suva.

En effet, la question déterminante n'est pas de savoir si une intervention demeurerait abstraitement envisageable, mais si, au moment où la Suva a mis fin à ses prestations, celle-ci s'inscrivait encore concrètement dans le processus thérapeutique.

Or, tel n'était manifestement plus le cas.

Lors de l'examen du 1^{er} septembre 2022, soit près d'une année après l'AMO, le recourant répétait qu'il ne souhaitait pas subir d'autres interventions chirurgicales. Il précisait d'ailleurs que les difficultés qu'il rencontrait étaient désormais davantage d'ordre psychologique que physique.

L'examen clinique révélait en outre un assuré marchant librement, sans boiterie, présentant un excellent état général, ne consommant plus d'antalgiques et ne sollicitant aucun traitement chirurgical complémentaire.

Au vu de ces constatations, le médecin d'assurance a retenu, de manière convaincante, que les lésions structurelles en lien avec l'accident étaient stabilisées et qu'une activité adaptée demeurerait pleinement exigible.

Cette appréciation est cohérente avec l'évolution clinique observée depuis l'intervention de 2021.

16.4. Par ailleurs, s'agissant de l'argument selon lequel la stabilisation de l'état de santé du recourant aurait été conditionnée à l'extraction du cal vicieux pour lequel la Suva n'aurait pas donné son accord, celui-ci ne peut être suivi.

D'une part, il ressort du dossier que le médecin d'assurance avait alors admis le lien de causalité entre les interventions proposées et l'accident. Rien n'indique dès lors que la réalisation de ces interventions aurait été empêchée par un refus de principe de la Suva.

D'autre part, l'ensemble des documents médicaux établis entre l'intervention d'octobre 2021 et juillet 2023 relatent de manière constante et concordante que le recourant avait choisi de se limiter à l'AMO et ne souhaitait pas d'autre intervention chirurgicale. Aucun document contemporain des faits ne fait état d'une volonté persistante du recourant de subir une correction du cal vicieux ou d'une arthroscopie, ni d'une quelconque attente d'une décision de prise en charge de la Suva.

Au contraire, les différents intervenants médicaux rapportent tous que cette option avait été abandonnée par le recourant.

Ce n'est qu'à partir du mois de février 2024, soit après la suppression des indemnités journalières et dans le cadre de la contestation de la décision litigieuse, que le recourant a commencé à soutenir qu'il avait toujours souhaité bénéficier de la correction du cal vicieux. Cette nouvelle présentation des faits apparaît ainsi en contradiction avec les déclarations répétées qu'il avait lui-même faites aux médecins durant plusieurs années ainsi qu'avec les constatations médicales contemporaines.

Dans ces circonstances, la Suva était fondée à considérer que, au 28 février 2023, aucune intervention chirurgicale n'entraînait encore concrètement en ligne de compte, faute notamment de volonté du recourant de s'y soumettre.

Il n'est pas non plus établi qu'une telle intervention ait pu avoir, à terme, une véritable incidence sur l'état de santé du recourant.

Toutes les conditions d'une stabilisation de l'état de santé étaient ainsi réalisées.

Si le recourant entendait désormais se soumettre à une correction/extraction du cal vicieux, l'éventuelle prise en charge d'une telle intervention devrait plutôt être examinée sous l'angle d'une rechute ou de séquelles tardives (cf. art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA; RS 832.202]), plutôt que dans le cadre de l'appréciation de la stabilisation de l'état de santé, dont il faut retenir qu'elle est intervenue au 28 février 2023.

17.

Discussion relative au droit à la rente

17.1. Dans l'hypothèse où son état de santé devait être considéré comme stabilisé, le recourant soutient qu'il remplit les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité. Il reproche à la Suva d'avoir nié l'existence d'une pseudarthrose, conteste l'appréciation de sa capacité de travail résiduelle de travail et estime que, à tout le moins, les divergences médicales imposaient la mise en œuvre d'une expertise indépendante.

Ces griefs ne convainquent pas.

17.2. S'agissant de l'existence d'une pseudarthrose, elle a pour la première fois été évoquée en juin 2024, soit plus d'une année après l'examen par la Suva du droit à la rente. Ainsi, ce diagnostic postérieur à la stabilisation de l'état de santé, dont il n'est au demeurant pas établi qu'il la remette fondamentalement en cause, n'avait pas à être pris en compte.

Il ressort par ailleurs du dossier qu'un tel diagnostic de pseudarthrose est même contesté.

En effet, la scintigraphie du 13 juin 2024 et le scanner du 28 juin 2024 faisaient uniquement état de la simple possibilité d'une pseudarthrose.

Par la suite, ces éléments ont fait l'objet d'une analyse spécialisée ultérieure par le Prof. C._____. Ce dernier, procédant à une relecture complète de l'ensemble du dossier radiologique, a expliqué que les images de scintigraphie avaient été mal interprétées et que les remaniements observés correspondaient à une évolution chronique parfaitement compatible avec une consolidation tardive de la fracture.

Il a conclu sans ambiguïté que les fractures étaient consolidées et qu'aucune pseudarthrose n'était présente.

Cette appréciation est cohérente avec l'évolution radiologique documentée depuis 2019 – laquelle a constamment montré une progression de la consolidation jusqu'à la guérison osseuse – ainsi qu'avec les constatations cliniques du médecin d'assurance en septembre 2022.

À cet égard, il convient encore de relever que le Dr K._____ lui-même ne remet pas véritablement en cause l'analyse radiologique du Prof. C._____. Dans son rapport du 30 septembre 2025, il indique expressément ne pas être en mesure de départager les avis divergents entre le radiologue et le spécialiste en médecine nucléaire, se limitant à relever que ce dernier lui paraît compétent pour interpréter une scintigraphie.

Dans ces circonstances, la Suva pouvait retenir que le recourant ne présentait pas de pseudarthrose.

17.3. Le recourant soutient ensuite que les séquelles de l'accident entraînent une diminution de rendement de 20%, même dans une activité adaptée. Cette appréciation repose essentiellement sur les rapports du Dr K._____ des 11 juillet 2024 et 30 septembre 2025.

Or, si ce médecin admet, à l'instar du médecin d'assurance, qu'une activité adaptée demeure exigible, il réduit la capacité de travail à 80% au seul motif que le recourant devrait alterner les positions assise et debout.

Cette motivation ne convainc pas non plus.

En effet, dans son premier rapport, le Dr K._____ se contente d'indiquer qu'une activité alternant les positions assise et debout diminuerait « *probablement* » la capacité de travail à 80 %, sans développer davantage son raisonnement.

Interrogé à nouveau, il précise que cette réduction de rendement serait « *d'usage dans toutes les expertises AI* » et globalement admise par les relecteurs, les autorités judiciaires et l'assurance-invalidité.

En procédant à une telle affirmation, de portée générale, le Dr K._____ n'explique toutefois pas concrètement en quoi les limitations fonctionnelles propres au recourant entraîneraient, dans l'exercice d'une activité adaptée, une perte effective de rendement de 20%.

En particulier, il ne décrit aucune limitation de concentration, de cadence, d'endurance ou de productivité objectivable justifiant une telle réduction qui, dans les faits, s'apparenterait à reconnaître qu'alterner les positions assise/debout engendrerait l'équivalent d'un jour d'incapacité de travail par semaine.

À l'inverse, le médecin d'assurance a expressément expliqué qu'une alternance des positions constitue une mesure ergonomique courante, recommandée même chez les personnes ne présentant aucune atteinte à la santé, et qu'elle ne justifie pas en elle-même une diminution du rendement professionnel.

Cette appréciation est cohérente avec les constatations objectives recueillies lors de son examen clinique, lequel mettait notamment en évidence une marche libre sans boiterie, un excellent état général et l'absence de traitement antalgique.

Il convient également de relever que cette appréciation est compatible avec les conclusions de la CRR qui, déjà en 2020, retenait qu'une pleine capacité de travail pouvait être attendue dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.

Dans ces conditions, la Suva pouvait retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

17.4. Le recourant soutient enfin que les avis divergents des Drs I._____ et K._____ feraient naître un doute quant à la fiabilité des appréciations du médecin d'assurance, de sorte qu'une expertise indépendante aurait dû être ordonnée.

Là encore, un tel argument ne peut être suivi.

S'agissant de la pseudarthrose, les conclusions du médecin d'assurance reposent désormais sur l'analyse spécialisée et circonstanciée du Prof. C._____, lequel a précisément examiné les divergences radiologiques et expliqué pourquoi le diagnostic de pseudarthrose devait être écarté.

S'agissant de la capacité de travail, les rapports des Drs I._____ et K._____ ne contredisent pas véritablement l'appréciation du médecin d'assurance. Le Dr I._____ ne s'est jamais prononcé sur une éventuelle diminution de rendement dans une activité adaptée. Quant au Dr K._____, il admet lui aussi qu'une telle activité demeure exigible et ne réduit la capacité de travail qu'en raison d'une considération générale liée à l'alternance des positions, sans démontrer médicalement l'existence d'une limitation fonctionnelle supplémentaire propre au cas d'espèce.

Ainsi, les divergences invoquées par le recourant portent essentiellement sur l'interprétation des constatations médicales et non sur les constatations cliniques elles-mêmes.

Elles ne sont pas de nature à faire naître un doute, même léger, quant à la valeur probante de l'appréciation du médecin d'assurance, laquelle est au demeurant corroborée par le Prof. C._____.

La Suva pouvait ainsi, en l'état du dossier et sans mettre en œuvre une expertise, considérer que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail.

17.5. Le recourant conteste encore le revenu d'invalidé.

Dans la décision attaquée, la Suva a retenu que le recourant avait, avec l'aide de l'OAI, pu être engagé pour un salaire de CHF 72'000.- dans sa nouvelle profession au sein de l'entreprise N._____. La Suva a à ce titre relevé que ce salaire correspondait au revenu statistique ESS dans le domaine des transports et entreposage pour le niveau de compétence 2 d'une personne formée, puisque l'AI l'avait aidé dans sa réinsertion professionnelle.

Pour sa part, le recourant conteste cette manière de procéder. Selon lui les limitations fonctionnelles et symptômes causés par l'accident sont incompatibles avec une activité à 100% au sein de N._____. Dans un courriel du 21 mai 2024, cette dernière avait en effet déclaré qu'en raison des fortes douleurs du membre inférieur droit, le recourant n'était pas en mesure de travailler à 100%, mais à temps partiel. Compte tenu de ses limitations fonctionnelles, il était en mesure de travailler uniquement à 25%.

Par ailleurs, selon le recourant, la Suva n'était pas en droit de se baser sur le revenu statistique du domaine des transports et entreposage du niveau de compétence 2 d'une personne formée, dans la mesure où il ne dispose d'aucune formation.

Ces griefs ne sauraient être suivis.

En premier lieu, il convient de rappeler que, selon la jurisprudence, lorsque l'assuré exerce effectivement, après la survenance de l'atteinte à la santé, une activité stable mettant pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail et que le salaire obtenu apparaît conforme aux conditions du marché, le revenu effectivement réalisé constitue en principe la meilleure base pour déterminer le revenu d'invalidé.

En l'espèce, à la suite des mesures de réadaptation professionnelle mises en œuvre par l'assurance-invalidité, le recourant a été engagé comme technicien de service – responsable de la logistique auprès de N._____. Cette activité est précisément le résultat des mesures professionnelles

destinées à compenser les conséquences économiques de l'accident et correspond aux limitations fonctionnelles retenues sur le plan médical. Le salaire annuel de CHF 72'000.- perçu dans ce cadre constitue ainsi un indice particulièrement pertinent de la capacité de gain résiduelle du recourant.

Le recourant soutient néanmoins qu'il ne serait en réalité capable de travailler qu'à 25 % en raison des douleurs persistantes qu'il présente au membre inférieur droit. À l'appui de cette affirmation, il se réfère à un courriel envoyé par son employeur le 21 mai 2024 au Dr K. _____, dans lequel il indiquait que, après avoir formé le recourant aux tâches de l'entreprise, il était très satisfait de ses performances et de ses services. Néanmoins, il avait constaté que, ces trois derniers mois, il était très difficile pour le recourant de subvenir à ce travail à 100 %. Ce dernier avait souvent de fortes douleurs dans sa jambe, de sorte qu'il manquait au travail.

L'employeur précisait être très motivé à prolonger le contrat avec le recourant mais à un rendement diminué ou à temps partiel (doc. 389).

17.6. Les éléments qui précèdent ne permettent toutefois pas de remettre en cause l'appréciation de la Suva.

En effet, l'évaluation de la capacité de travail relève avant tout d'une appréciation médicale et non de l'appréciation de l'employeur. Or, ainsi qu'il a déjà été exposé, les avis médicaux auxquels la Cour reconnaît pleine valeur probante retiennent que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites par le médecin d'assurance. Les rapports du Dr K. _____ ne permettent pas de retenir une incapacité supérieure, celui-ci admettant lui-même qu'une activité adaptée demeure exigible, tout en proposant une réduction de rendement insuffisamment motivée. Aucune pièce médicale ne conclut à une capacité de travail limitée à 25 % dans une activité adaptée.

Le courriel de la société N. _____ ne saurait dès lors prévaloir sur les appréciations médicales figurant au dossier. Il constitue tout au plus le reflet des difficultés rencontrées par le recourant dans l'exercice concret de son emploi, sans établir médicalement que celles-ci seraient imputables aux seules séquelles de l'accident ni qu'elles réduiraient durablement sa capacité de gain sur un marché du travail équilibré.

Quant à l'appréciation de la Suva selon laquelle les compétences du recourant correspondent au niveau de compétence 2, celle-ci n'est pas critiquable.

En effet, le niveau de compétence retenu ne dépend pas exclusivement de la formation initiale de l'assuré, mais des compétences professionnelles effectivement acquises et pouvant être valorisées sur le marché du travail. En l'occurrence, le recourant a bénéficié de mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité, lesquelles lui ont précisément permis d'être engagé en tant que technicien de service – responsable de la logistique.

Dans ces circonstances, le revenu avec invalidité de CHF 72'000.- retenu par la Suva peut être confirmé.

17.7. Le recourant soutient encore qu'un abattement de 10% doit être appliqué sur le revenu avec invalidité, en application analogique de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI.

Toutefois, comme il l'a été vu, dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a jugé qu'une application par analogie de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI dans le cadre de l'assurance-accidents n'entraîne pas en ligne de compte.

Un abattement forfaitaire ne se justifie dès lors pas.

17.8. Le recourant conteste également le gain de valide retenu.

Dans la décision attaquée, la Suva a retenu un montant de CHF 71'619.-, soit le salaire perçu par le recourant en 2020 et 2021, à savoir un montant de CHF 5'285.- versé 13 fois l'an, ainsi qu'une prime annuelle de CHF 1'000.-, tout en tenant compte de l'évolution de l'indice des salaires nominaux dans les industries manufacturières, passant de 105.6 points d'indice des salaires nominaux en 2021 à 108.5 points en 2023.

Pour sa part, le recourant soutient que le revenu de valide s'élève à CHF 71'667.90, soit CHF 5'285.- versé 13 fois l'an, ainsi que la prime annuelle, tout en tenant compte d'une évolution de + 0.8% pour l'année 2022 et de + 2% pour l'année 2023 dans la branche des industries manufacturières selon la table T1.20 de l'ESS.

Sur ce point, il est d'emblée relevé que la différence invoquée par le recourant est particulièrement faible, puisqu'elle représente moins de CHF 50.- par année. En particulier, une telle différence est sans incidence sur le résultat de la comparaison des revenus et ne serait pas susceptible de modifier le taux d'invalidité retenu.

Dans tous les cas, le recourant ne semble pas contester que, sans l'accident, il aurait continué à exercer son activité de centraliste à béton auprès de son ancien employeur en l'absence de l'accident, mais le désaccord paraît plutôt porter sur l'adaptation de ce salaire à l'évolution des rémunérations jusqu'à l'année déterminante de la comparaison des revenus.

À cet égard, la Suva a adapté le salaire concret du recourant en fonction de l'évolution de l'indice des salaires nominaux dans la branche des industries manufacturières, lequel est passé de 105.6 points en 2021 à 108.5 points en 2023. Cette méthode apparaît cohérente dans son principe et propre à refléter de manière suffisamment fidèle le revenu sans invalidité.

Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de substituer à cette méthode celle préconisée par le recourant.

Le revenu sans invalidité arrêté par la Suva de CHF 71'619.- peut dès lors être confirmé.

17.9. Finalement, le recourant conteste le montant de l'IPAI alloué, soutenant souffrir également d'autres troubles liés à l'accident en sus de l'arthrose du compartiment externe retenue par la Suva, soit notamment une pseudarthrose.

S'agissant du diagnostic précité, il a toutefois été démontré ci-avant que le dossier à disposition ne permet pas de le retenir.

Dans tous les cas, le recourant n'établit pas souffrir d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, qui justifierait une IPAI supérieure à celle de 7.5% déjà allouée.

18.

Sort du recours, requête de débats publics, frais de procédure et indemnité de partie

18.1. Au vu de tout ce qui précède, le recours est rejeté et la décision sur opposition du 25 juillet 2025 confirmée.

18.2. La demande de débats publics doit par ailleurs être écartée tant il apparaît, au vu de ce qui précède, que le recours apparaissait comme manifestement infondé.

Cela, non seulement eu égard aux contestations procédurales – tout particulièrement celle liée à son interprétation personnelle de l'art. 44 LPGa – écartées pour les raisons évoquées plus haut, que pour les contestations de fond, celles-ci s'apparentant à des critiques de principe appuyées par des conclusions (octroi d'une rente et d'une IPAI de 100%) ne reposant sur rien, au vu de sa pleine capacité de travail médicalement exigible et le fait, par conséquent, que le recourant avait finalement retrouvé, avec l'aide de l'OAI, un travail ne lui occasionnant aucune perte de gain, les calculs infinitésimaux auxquels il s'est livré n'étant sur ce point d'emblée pas de nature à faire apparaître comme inexacts ceux de la Suva.

Le temps pris par la Cour à répondre à chacun des arguments soulevés par le recourant ne saurait au demeurant invalider le constat qui précède.

18.3. Vu la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de procédure.

18.4. Finalement, il n'est alloué d'indemnité de partie ni au recourant qui succombe ni à l'autorité intimée, chargée de tâches de droit public (cf. arrêts TF 8C_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6 et 9C_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8).

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

I. Le recours est rejeté.

Partant, la décision sur opposition du 25 juillet 2025 est confirmée.

II. Il n'est pas perçu de frais de procédure.

III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie.

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 15 septembre 2026/anm

Le Président

La Greffière