

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 septembre 2025

---

Composition : M. TINGUELY, président  
MM. Neu et Piguet, juges  
Greffière : Mme Vulliamy

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Swiss Claims Network SA, à Fribourg,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimée, représentée par Me Antoine Schöni, avocat à Bienne.

---

**Art. 15, 18 al. 1 LAA ; 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était employé comme chauffeur à temps plein auprès de la société [...] SA depuis le 1<sup>er</sup> mars 1998. A ce titre, il était assuré contre les risques d'accident et de maladie professionnelle auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 3 janvier 2020, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation lorsque la camionnette qu'il conduisait a été percutée par un véhicule circulant en sens inverse. Cet événement a été annoncé le 6 janvier 2020 à la CNA, qui a pris en charge ses suites (cf. courrier du 6 février 2020).

Par rapport du 22 janvier 2020, la Dre C. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin adjointe à l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ (ci-après : Hôpital X. \_\_\_\_\_), a posé le diagnostic de fracture du fémur gauche, un scanner du corps entier ayant mis en évidence cette fracture, avec composante intra-articulaire au niveau du genou gauche. L'assuré a été hospitalisé du 3 au 15 janvier 2020, séjour lors duquel il a bénéficié d'une réduction de la fracture par traction du fémur et d'une ostéosynthèse le 4 janvier 2020. Le travail a été interrompu à la suite de l'accident depuis le 3 janvier 2020 et n'a jamais été repris.

Dans un rapport intermédiaire du 20 juillet 2020, le Prof. J. \_\_\_\_\_ et le Dr V. \_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et respectivement médecin-chef de service et chef de clinique à l'Hôpital X. \_\_\_\_\_, ont posé les diagnostics de status post réduction ouverte et ostéosynthèse du fémur gauche par plaque LISS [Less invasive stabilization system = système peu invasif de stabilisation de fracture] en MIPO [Minimally invasive plate osteosynthesis = ostéosynthèse mini-invasive par plaque] sur fracture intra-articulaire du fémur distal gauche type AO [Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen] C2 le 4 janvier 2020, et de lombalgies. Ils ont indiqué une évolution favorable du fémur à six mois de

l'intervention, l'assuré ne présentant plus de douleur. En revanche, l'intéressé était atteint d'une importante lombalgie depuis deux semaines. L'examen neurologique était dans la norme, sans déficit sensitif, ni moteur, au niveau des membres inférieurs. Un traitement conservateur était proposé, avec de l'antalgie et de la physiothérapie.

Le 12 août 2020, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a indiqué qu'un séjour à la Clinique Q.\_\_\_\_\_, (ci-après : Clinique Q.\_\_\_\_\_) pourrait être utile, tout en relevant que l'évolution semblait compliquée par des problèmes de dos, qui ne sauraient concerner durablement la CNA.

Le 21 août 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, en faisant état d'une fracture du fémur et du genou gauches, ainsi que de difficultés à marcher.

Par rapports des 1<sup>er</sup> octobre et 21 décembre 2020 à la CNA, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin traitant, a indiqué que l'assuré décrivait, le 27 août 2020, une persistance de douleurs à la hanche, malgré la physiothérapie, ainsi qu'au genou et à la colonne lombaire dans un contexte d'effort exagéré. Il décrivait également l'apparition de lombalgie de rythme mécanique aux efforts et, dans un contexte d'utilisation des cannes, une omalgie gauche de rythme inflammatoire, avec limitation de l'abduction dans un probable contexte de syndrome de la coiffe des rotateurs. Ce médecin a précisé que l'intéressé souhaitait reprendre une activité à petit pourcentage, sans effort physique, et qu'une consultation orthopédique était prévue en janvier 2021 pour discuter de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.

Par rapport de consultation du 26 janvier 2021, le Prof. J.\_\_\_\_\_ et le Dr V.\_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic de consolidation incomplète et gêne du matériel d'ostéosynthèse du fémur gauche, ainsi que le diagnostic supplémentaire de lombalgies. Ils ont indiqué que la gêne du matériel d'ostéosynthèse ne semblait pas être la cause principale

des douleurs de l'assuré, qui semblaient plutôt provenir d'une consolidation incomplète de la portion diaphysaire de la fracture fémorale. Ils ont ainsi proposé de procéder à une reprise, avec un changement de plaque pour une plaque moins proéminente, associée à une greffe osseuse autologue prélevée sur la crête iliaque ipsilatérale, ainsi qu'une décortication selon Judet.

Le 18 février 2021, l'assuré a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO), ainsi qu'une décortication du foyer de pseudarthrose, greffe spongieuse et « neutralisation par plaque fémur gauche ».

Il ressort d'un rapport de consultation du 8 février 2022 des Drs V. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, médecin assistant à la Clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_, qu'un CT [scanner] de la hanche montrait une bonne évolution de la consolidation osseuse après une année postopératoire. L'assuré marchait avec une boiterie et avait toujours une gêne de matériel d'ostéosynthèse au niveau du fémur distal gauche.

Le 21 mars 2022, l'assuré a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur gauche.

L'assuré a séjourné du 16 août au 8 septembre 2022 à la Clinique Q. \_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 20 septembre 2022, les Dres Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et cheffe de clinique, et F. \_\_\_\_\_, médecin assistante, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs du membre inférieur gauche chronicisées d'origine post-traumatique sur AVP [accident de la voie publique] le 3 janvier 2020, avec fracture intra-articulaire du fémur distal gauche traitée par ostéosynthèse le 4 janvier 2020, syndrome douloureux sur pseudarthrose de la portion diaphysaire de la fracture fémorale et gêne du matériel d'ostéosynthèse sur la portion distale, reprise chirurgicale pour décortication, greffe et ré-ostéosynthèse le 18 février 2021, ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur gauche le 21 mars 2022 et gonalgies persistantes avec hypotrophie du quadriceps. Elles

ont indiqué que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles chez un patient qui présentait encore une amyotrophie du quadriceps gauche et qui avait montré une amélioration au cours du séjour. Elles ont mentionné qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai de quatre à six mois et retenu les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges jusqu'à 25 kg, travail en position accroupie ou à genoux et position statique debout prolongée. Elles ont précisé que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était favorable, tout comme celui dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles précitées.

Dans un rapport du 27 février 2023, les Drs W.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et respectivement médecin adjoint et chef de clinique adjoint de la Clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital X.\_\_\_\_\_, ont proposé de compléter le bilan avec une IRM [imagerie par résonance magnétique] et des radiographies, dans la mesure où l'assuré se plaignait de douleurs au genou gauche, survenues après l'ablation de la plaque du fémur, qui étaient en train d'empirer. Ils ont toutefois précisé que l'évolution leur semblait favorable.

Il ressort d'un rapport du 6 avril 2023 du Dr P.\_\_\_\_\_ que l'assuré avait, lors d'une consultation du 12 janvier 2023, décrit une persistance de la gonalgie gauche de rythme mécanique et que, s'il avait mentionné une amélioration des douleurs après le séjour en réadaptation, celles-ci avaient augmenté dernièrement.

Selon un rapport de consultation du 14 avril 2023 du Dr W.\_\_\_\_\_, le bilan radiologique et par IRM était parfaitement rassurant. Le médecin recommandait à l'assuré de mettre fin aux traitements, manipulations et autres investigations pour faire le travail par lui-même en vue de gagner en stabilité et confiance.

Par courrier du 9 mai 2023, le Dr P.\_\_\_\_\_ a demandé à la CNA de proposer une nouvelle réadaptation à l'assuré, dans la mesure où

ce dernier avait connu une excellente évolution lors de son séjour en septembre 2022 et qu'il décrivait une aggravation de la douleur lors des mouvements de flexion du genou (monter et descendre les escaliers, s'agenouiller), ainsi que des douleurs nocturnes lors des déplacements au lit. Il a précisé que l'assuré marchait environ 20 minutes avant l'apparition des douleurs.

Le 29 juin 2023, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'assurance auprès de la CNA, a examiné l'assuré. Dans son rapport du 30 juin 2023, il a posé les diagnostics de fracture intra-articulaire du fémur distal gauche, traitée par ostéosynthèse le 4 janvier 2020, de syndrome douloureux sur pseudarthrose de la portion diaphysaire de la fracture fémorale et gêne du matériel d'ostéosynthèse sur la portion distale, de reprise chirurgicale pour décortication, greffe et ré-ostéosynthèse le 18 février 2021, d'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 21 mars 2022 et de gonalgies persistantes avec hypotrophie du quadriceps. Il a proposé de demander à l'Hôpital X.\_\_\_\_\_ une nouvelle consultation pour évaluer la situation, une fois la scintigraphie osseuse et le dernier bilan radiologique à disposition. Sur le plan asséculo-logique, l'état n'était pas stabilisé, la stabilisation allant dépendre du résultat des investigations et des propositions thérapeutiques en découlant. Il a ajouté qu'en cas d'absence de proposition thérapeutique précise chirurgicale, il faudrait considérer l'état comme stabilisé.

Par rapport du 3 octobre 2023, les Drs V.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, médecin assistante, ont indiqué que l'assuré présentait des douleurs persistantes au niveau de son genou, possiblement dues à un remaniement post-traumatique au niveau du fémur, avec irradiation vers la rotule. S'agissant du genou, l'IRM ne montrait pas de lésion expliquant les douleurs.

Le 14 novembre 2023, l'assuré a été vu par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a posé le diagnostic de syndrome fémoro-patellaire du

genou gauche post-traumatique. Il a expliqué que les douleurs de l'assuré au niveau du genou gauche antérieur étaient en lien avec un écrasement de l'appareil extenseur, associées à un défaut de rotation de 8° au sein de la fracture, non significatif d'un point de vue chirurgical, aucune intervention n'étant nécessaire pour corriger ce défaut de rotation. Il a précisé que l'assuré avait, dans ces conditions, développé un syndrome fémoro-patellaire, qu'il convenait de traiter de manière intensive.

Le 17 janvier 2024, le Dr G.\_\_\_\_\_ a procédé à l'examen final de l'assuré. Dans son rapport du 23 janvier 2024, il a posé les mêmes diagnostics que dans son rapport du 30 juin 2023, en ajoutant celui de cal vicieux avec défaut rotatoire fémoral droit avec 8° à gauche. Il a indiqué que la situation était médicalement stabilisée et que l'exigibilité comme chauffeur poids-lourd n'était plus donnée dans toute sa palette d'activités. Il a retenu, comme limitations fonctionnelles définitives, le port de charges de plus de 25 kg, le déplacement en terrain accidenté, les montées et descentes régulières d'escaliers et le travail accroupi ou agenouillé. Dans une activité adaptée, en favorisant peut-être une activité plus sédentaire, la capacité de travail n'était pas limitée, tant en temps qu'en rendement.

Par courrier du 21 février 2024, la CNA a informé l'assuré que l'examen du 17 janvier 2024 avait révélé que sa situation médicale était stabilisée et qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière, avec effet au 31 mars 2024. Selon elle, la capacité de travail de l'assuré n'était pas limitée, tant en temps qu'en rendement, dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles décrites par le Dr G.\_\_\_\_\_.

Le 22 février 2024, le Dr G.\_\_\_\_\_ a évalué l'atteinte à l'intégrité à 10 %, conformément à la table 5 de l'indemnisation de atteintes à l'intégrité selon la LAA résultant de l'arthrose, à savoir, en l'espèce, une situation de pangonarthrose moyenne.

Par rapport du 22 février 2024, les Drs L.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint de la réadaptation musculo-squelettique de l'Hôpital

X.\_\_\_\_\_, et H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin-chef adjoint, ont posé les diagnostics de gonalgie gauche, de status post accident de la circulation en 2020 entraînant une fracture multifragmentaire du fémur distal intra-articulaire, de syndrome fémoro-patellaire du genou gauche sur chondropathie fémoro-patellaire débutante post-traumatique, d'appareil extenseur incompetent avec amyotrophie du quadriceps gauche et surcharge sur tendon rotulien et de troubles statiques avec anté-torsion fémorale gauche de 21°, augmentée, contre 13° à droite. Selon eux, les douleurs actuelles au niveau du genou étaient multifactorielles avec des causes d'ordre focal (« chondropathie fémoro-patellaire, trouble rotationnel du fémur entraînant non significatif du point de vue chirurgicale, entraînant une excentration de la rotule, incompetence de l'appareil extenseur avec déficit du quadriceps, surcharge du tendon patellaire ») et des causes en lien avec des troubles statiques du pied type pieds plats premier degré sur insuffisance de jambier postérieur, métatarsalgies mécaniques par surcharge sur le 2<sup>e</sup> rayon et syndrome d'hypermobilité articulaire. Ils ont recommandé de commencer des séances de physiothérapie, une éventuelle visco-supplémentation ou infiltration et des semelles orthopédiques.

Le 2 mars 2024, l'assuré a, par courriel, contesté les conclusions du rapport du Dr G.\_\_\_\_\_, dès lors que ce médecin n'avait pas mentionné les conclusions du Dr L.\_\_\_\_\_, qui indiquait une mobilité réduite et des difficultés pour rester assis longtemps ou pour marcher plus de 800 mètres.

Selon un courriel du 22 mars 2024, l'assuré, désormais assisté de son assurance de protection juridique, a demandé l'examen de son dossier à la lumière des éléments ressortant du rapport du 22 février 2024 du Dr L.\_\_\_\_\_ et informé la CNA qu'il allait avoir une consultation au service de neuroréadaptation à l'Hôpital X.\_\_\_\_\_. Il a, en outre, demandé que la CNA rende une décision concernant le versement des indemnités journalières, le droit à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par retour de courrier du 27 mars 2024, [...] SA a indiqué à la CNA que l'assuré aurait touché un salaire mensuel de base de 6'135 fr. en 2020 et 2021, de 6'160 fr. en 2021 et de 6'220 fr. en 2023 et 2024. Elle a précisé qu'il aurait également perçu un 13<sup>e</sup> salaire.

Dans un rapport du 25 avril 2024, les Drs L.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ont proposé une évaluation isocinétique du genou gauche visant un rééquilibrage musculaire entre agoniste et antagoniste et entre le genou droit et le genou gauche.

Par une brève appréciation du 30 mai 2024, le Dr G.\_\_\_\_\_ a considéré que le rapport du 25 avril 2024 de l'Hôpital X.\_\_\_\_\_ n'amenait aucune nouvelle proposition thérapeutique à même d'améliorer notablement l'état de santé de l'assuré. Il a également indiqué qu'il n'y avait pas de raison médicale de s'écarter des limitations fonctionnelles énumérées dans son rapport du 23 janvier 2024 et confirmé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %.

Par décision du 19 juin 2024, la CNA a reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de 15 %, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2024. En prenant comme base l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), niveau de compétences 1, pour un homme, elle a retenu qu'un salaire de 68'339 fr. pouvait encore être obtenu dans une activité, à plein temps, adaptée aux limitations fonctionnelle suivantes : port de charges de plus de 25 kg, déplacement en terrain accidenté, montées et descentes régulières d'escaliers et travail accroupi ou agenouillé. La CNA n'a pas opéré d'abattement sur cette valeur statistique, qu'elle a ensuite comparée au gain annoncé par l'employeur de 80'860 fr., réalisable sans l'accident. Elle lui a, par ailleurs, octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 14'820 fr., correspondant à une diminution de l'intégrité de 10 %.

Par courrier du 12 juillet 2024, l'assuré, par son assurance de protection juridique, s'est opposé à cette décision. Il a fait valoir qu'il ne pouvait pas travailler à 100 % dans une activité adaptée et que toutes les

limitations fonctionnelles présentées n'avaient pas été prises en compte. En outre, il estimait qu'un abattement sur le revenu d'invalidité statistique d'au moins 10 % devait être appliqué en raison de son âge et de ses graves limitations fonctionnelles. Il a ainsi conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 22 % et, subsidiairement, à la reprise de l'instruction.

Dans un rapport du 18 juillet 2024, les Drs L.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ont proposé d'étendre les limitations fonctionnelles aux actes suivants : pas de position assise prolongée plus de deux heures d'affilée ou entrecoupée de 15 à 30 minutes de marche et/ou d'exercices pour le genou, ni de marches dépassant les 1 km ou également entrecoupées de pause de 10 à 15 minutes.

Par courriel du 12 août 2024 à la CNA, l'assuré, désormais représenté par Swiss Claims Network SA, a complété son opposition, en faisant valoir que le taux d'invalidité devait être fixé à 39 %, dès lors qu'un abattement forfaitaire de 10 % sur le salaire statistique devait être appliqué, sur la base de l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), et que des limitations fonctionnelles plus importantes devaient être prises en compte, ainsi qu'une baisse de rendement de 20 %, en se référant au rapport précité des Drs L.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_.

Par courrier du 28 août 2024, l'assuré, toujours par son mandataire, a complété son opposition en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité de 47 %, et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique. Il a, à nouveau, fait valoir des limitations fonctionnelles plus étendues que celles retenues par la CNA et allégué qu'un abattement forfaitaire de 10 % devait être retenu, ainsi qu'une perte de rendement de 30 %. A l'appui de son opposition complémentaire, l'assuré a transmis un rapport du 19 août 2024 du Dr P.\_\_\_\_\_, selon lequel il présentait des douleurs persistantes, qui se manifestaient de manière continue, jour et nuit, et qui s'accroissaient lors de la marche et lors de toute mise en charge du membre inférieur, limitant dès lors la

mobilisation, tant passive qu'active. Ce médecin a recommandé de prendre en compte les limitations fonctionnelles plus étendues retenues par les Drs L.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, et de retenir une baisse de rendement de 30 %, en raison des besoins fréquents de changement de position et de pauses pour gérer la douleur et prévenir la détérioration de son état.

A nouveau consulté par la CNA, le Dr G.\_\_\_\_\_ a, le 16 septembre 2024, indiqué ce qui suit :

**« 1. Au vu des nouveaux éléments au dossier, les limitations fonctionnelles ainsi que l'exigibilité (temps et rendement) définies dans le rapport du 19 janvier 2024 sont-elles confirmées ?**

Elles sont confirmées. Tous les examens, consultations réalisés et rajoutés au dossier mettent en évidence une mobilité complète au niveau des genoux et des hanches, cette constatation est répétée dans les différentes constatations cliniques ainsi que lors de mon examen du 23.01.2024. Les bilans radiologiques n'ont pas mis en évidence de pathologie particulière au niveau du genou, il y a cependant quelques nouveaux diagnostics qui peuvent expliquer les plaintes tel que l'antélisthésis L5-S1 sur lyse isthmique bilatérale L5, un pied valgus et une ténosynovite du jambier postérieur. En ce qui concerne le problème fémoro-patellaire il est à noter qu'au niveau des deux genoux ceux-ci présentent une baïonnette de 30-35° bilatérale et que l'assuré présente une hyperlaxité morphologique (score de Brighton de 6/9 positif pour une hyperlaxité morphologique).

Il n'y a pas de raison de modifier les limitations fonctionnelles, s'orientant déjà vers une activité plus sédentaire, avec l'absence de déplacements en terrains accidentés, les montées/descentes d'escaliers régulières, le travail accroupi et agenouillé.

Comme remarque générale il est curieux de parler d'activité sédentaire et de limiter les marches prolongées à 1 km et le changement régulier de position pour permettre au patient de déverrouiller son genou atteint. En ce qui concerne les gonalgies, celles-ci ne peuvent être en lien de causalité naturelle vraisemblable avec l'événement dans la mesure où comme l'écrit le Dr L.\_\_\_\_\_, ces gonalgies sont multifactorielles : essentiellement la chondropathie rotulienne (en lien avec une sublaxation externe objectivée par la baïonnette et ce de manière bilatérale), l'incompétence de l'appareil extenseur et déficit du quadriceps, surcharge du tendon patellaire, trouble rotationnel du fémur, pied plat 1er degré sur insuffisance du muscle jambier postérieur, métatarsalgies mécaniques par surcharge sur le 2ème rayon ainsi que syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée. De ces constats, la relation de causalité naturelle de ces gonalgies avec l'événement déclaré ne peut être qualifiée que de possible. A noter également que l'IRM n'a pas mis en évidence d'atteinte structurelle en rapport avec cet événement au niveau du genou D.

## **2. Avez-vous des remarques complémentaires à formuler ?**

Je rappellerais que l'assuré présente sur le plan radiologique une coxarthrose bilatérale débutante, observable aussi bien sur les radios du bassin du 11.05.2022 que sur le CT-Scan du 08.02.2022. Ces différentes atteintes dégénératives peuvent effectivement renforcer le besoin d'une reconversion professionnelle vers une activité plutôt sédentaire, mais pas seulement des suites de l'événement qui nous concerne. »

Par décision sur opposition du 26 septembre 2024, la CNA a partiellement admis l'opposition de l'assuré, en fixant le taux d'invalidité à 16 %. Elle a relevé que les limitations fonctionnelles et l'exigibilité définies par le Dr G.\_\_\_\_\_ allaient plus loin que celles retenues par les spécialistes de la Clinique Q.\_\_\_\_\_ dans leur rapport du 20 septembre 2022. Elle a également retenu que les conclusions claires et dûment étayées de son médecin conseil avaient pleine et entière valeur probante et qu'elles pouvaient dès lors être suivies. S'agissant du revenu d'invalidité, la CNA a exposé qu'aucune déduction forfaitaire de 10 % ne pouvait être appliquée, dès lors qu'elle n'était pas prévue dans l'assurance-accidents. En outre, le revenu d'invalidité avait été déterminé sur la base du niveau de compétence 1 de l'ESS, soit le niveau de compétence le plus bas visant des activités simples et répétitives qui ne nécessitaient ni formation, ni expérience particulière. Ainsi, les limitations fonctionnelles présentées par l'assuré en lien avec l'accident assuré ne justifiaient pas de procéder à un abattement sur les données statistiques, dans la mesure où celles-ci ne prêteraient pas ses perspectives salariales dans les activités visées par le niveau de compétence 1 de l'ESS. Partant, le revenu d'invalidité déterminé par la CNA ne prêtait pas le flanc à la critique, hormis qu'il convenait de tenir compte des valeurs actualisées en se basant sur l'ESS 2022 et sur un taux d'indexation de 0,6 % en lieu et place du taux de 1,7 % retenu. Ainsi, le revenu d'invalidité devait être arrêté à 67'899 francs. Rapporté au gain présumé perdu de 80'860 fr., non contesté par l'assuré, il en résultait une perte de 16 %.

**B.** Agissant par l'entremise de son conseil, M.\_\_\_\_\_ a recouru le 22 octobre 2024 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à son annulation et à l'allocation d'une rente d'invalidité de

47 %, et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique. Il a reproché à l'intimée de ne pas avoir tenu compte, dans l'établissement de sa capacité de travail, des douleurs permanentes et intenses dont il souffrait. Il a expliqué qu'il ne devait pas rester en position assise plus de deux heures consécutives et qu'il devait pouvoir insérer des pauses régulières dans son quotidien professionnel et ainsi interrompre son travail pour une durée de 15 à 30 minutes toutes les deux heures. Il a précisé que les marches sur de longues distances (plus de 1000 mètres) devaient également être interrompues par des pauses régulières. Ces limitations lui portaient préjudice et limitaient manifestement son rendement, même dans une activité adaptée. Il a, à nouveau, allégué qu'un abattement automatique et forfaitaire de 10 % devait être fait sur le revenu statistique relevant de l'ESS, dans la mesure où une situation relevant de l'assurance-accidents devait être traitée de la même manière qu'une situation faisant intervenir l'assurance-invalidité. En procédant à un abattement de 10 % sur le revenu statistique et en prenant en compte une baisse de rendement de 30 %, le revenu d'invalidité devait être fixé à 42'776 fr. 37. Comparé à un revenu de valide de 80'860 fr., un taux d'invalidité de 47 % pouvait être retenu.

Aux termes de sa réponse du 2 janvier 2025, l'intimée, représentée par Me Antoine Schöni, a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que le Dr G. \_\_\_\_\_ s'était déterminé le 16 septembre 2024 sur le rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 19 août 2024 et qu'il avait retenu que la relation de causalité naturelle entre les gonalgies du recourant et l'événement assuré ne pouvait être qualifiée que de possible. En outre, l'IRM n'avait pas mis en évidence d'atteinte structurelle en rapport avec cet événement au niveau du genou droit. Le médecin-conseil avait également observé que le recourant présentait, sur le plan radiologique, une coxarthrose bilatérale débutante qui pouvait, en tant qu'atteinte dégénérative, renforcer le besoin d'une reconversion professionnelle vers une activité plutôt sédentaire. Ainsi, et contrairement à ce que soutenait le recourant, il n'y avait nullement lieu de tenir compte d'une diminution de rendement de 30 %. S'agissant du revenu d'invalidité, il n'y avait pas lieu d'appliquer un abattement forfaitaire de 10 %, qui concernait

exclusivement l'assurance-invalidité. En outre, ce revenu avait été déterminé sur la base du niveau de compétence le plus bas de l'ESS, qui visait des activités simples et répétitives qui ne nécessitaient ni formation, ni expérience particulière. Ainsi, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr G.\_\_\_\_\_ ne justifiaient pas de procéder à un abattement sur les données statistiques, dès lors que celles-ci ne prêteritaient pas les perspectives salariales du recourant dans les activités visées par le niveau de compétence 1 de l'ESS.

Par écriture du 21 janvier 2025, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas d'observations ou explications additionnelles à formuler et confirmé ses conclusions.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** En l'espèce, le litige porte sur la détermination de la rente d'invalidité à laquelle le recourant peut prétendre en vertu de la loi sur l'assurance-accidents. Ce dernier ne conteste en revanche pas l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été allouée par l'intimée.

**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 LPGa).

**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

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 LPGA), 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 assécurologique. 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).

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).

**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 justifiât que l'intimée examine son droit à une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> avril 2024, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**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

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'antélisthesis L5-S1 sur lyse isthmique bilatérale L5, un pied valgus et une

ténosynovite du jambier postérieur. Dans ce contexte, les gonalgies, dont se plaignait le recourant, paraissent 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 %.

**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

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).

**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,

sur la base des circonstances concrètes (TF 8C\_39/2022 du 13 octobre 2022 consid. 5.4 et les références citées).

**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'invalidé, 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'invalidé 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'invalidé fixé sur la base de l'ESS en appliquant de manière analogique l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI. Cette disposition, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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

832.202]). Ainsi, il apparaît que l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI concerne uniquement l'assurance-invalidité, la base légale idoine se trouvant en l'occurrence à l'art. 28a al. 1, 2<sup>e</sup> 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'invalidité 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. 26<sup>bis</sup> 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

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'invalidité.

**d)** Aussi, dans ces circonstances, c'est à bon droit que l'intimée a fixé à 16 % le taux d'invalidité du recourant ( $[80'860 \text{ fr.} - 67'899 \text{ fr.}] \times 100 / 80'860 \text{ fr.}$ ).

**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.

**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. f<sup>bis</sup> 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).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision sur opposition rendue le 26 septembre 2024 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

**III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Swiss Claims Network SA (pour M. \_\_\_\_\_),
- Me Antoine Schöni (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :