



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01  
www.fr.ch/tc

605 2012 82

## **Arrêt du 25 novembre 2014**

### **I<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Présidente:

Anne-Sophie Peyraud

Juges:

Josef Hayoz, Marianne Jungo

Greffier:

Philippe Tena

#### **Parties**

**A.**\_\_\_\_\_, **recourant**, représenté par Me Dominique Morard,  
avocat

contre

**B.**\_\_\_\_\_, **DROIT DES ASSURANCES SUISSE ROMANDE,**  
**autorité intimée**

#### **Objet**

Assurance-accidents

Recours du 2 mars 2012 contre la décision sur opposition du 3  
février 2012

## considérant en fait

A. A.\_\_\_\_\_, né en 1974, domicilié à C.\_\_\_\_\_, célibataire et père de deux enfants, travaillait en tant que menuisier-poseur à 80% auprès de l'entreprise D.\_\_\_\_\_ SA et en tant qu'associé-restaurateur à 20% de E.\_\_\_\_\_ Sàrl. Par le biais de ses employeurs, il était assuré notamment auprès de B.\_\_\_\_\_ contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

Le 6 avril 2007, il a été victime d'un accident de la circulation lui causant une fracture en étoile de la rotule gauche, une fracture intra-articulaire de la phalange discale du gros orteil gauche et une contusion du genou droit. Il a subi diverses opérations en avril 2007, en août 2007, en juillet 2008 et en février 2009. B.\_\_\_\_\_ a pris le cas en charge et versé les prestations légales jusqu'au 30 avril 2009, date à laquelle elle a cessé le versement des indemnités journalières.

Le 18 février 2008, il a requis l'octroi de prestations de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), à Givisiez. Dans le cadre de cette procédure, il a suivi un reclassement professionnel comme concierge notamment auprès du F.\_\_\_\_\_. Il a obtenu un certificat fédéral de capacité d'agent d'exploitation en juin 2011.

Par décision du 15 février 2011, B.\_\_\_\_\_ a admis la stabilisation du cas depuis septembre 2009 et considéré que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI) se montait à 10%. L'assureur a retenu un degré d'invalidité nul et a dénié à l'assuré le droit à une rente. Estimant ce dernier apte à exercer les activités de restaurateur et de concierge, il a fondé le salaire avec invalidité dans cette dernière activité sur les chiffres de l'Enquête Suisse sur la structure des salaires 2008 (ci-après: ESS 2008; TA3, qualification 3, hommes, branche 74.70b). L'assuré s'est opposé à cette décision le 18 mars 2011, contestant notamment que le traitement médical soit terminé.

Le 8 avril 2011, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a préconisé une intervention chirurgicale. En vue d'éclaircir la question de la prise en charge de cette opération, B.\_\_\_\_\_ a diligenté une expertise auprès du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. L'expert a rendu son rapport le 16 août 2011.

Par décision sur opposition du 3 février 2012, confirmant la décision précitée, B.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

B. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Dominique Morard, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 5 mars 2012 concluant, avec suite de frais et dépens, au renvoi de la cause pour la mise en œuvre de deux expertises médicales, la première visant à arrêter définitivement les chances d'amélioration de son statut médical par une nouvelle intervention chirurgicale ou ses risques de péjoration et la seconde visant l'évaluation finale de son état de santé avec réexamen du droit aux prestations.

A l'appui de ses conclusions, le recourant se plaint de ce que son état n'est pas stabilisé, mettant en évidence que les médecins ne sont pas unanimes sur cette question. Il relève que "*l'invalidité médico-théorique*" n'a pas été évaluée jusqu'à ce jour, notamment que personne n'a concrètement indiqué quelle était la diminution fonctionnelle due à ses troubles. Il soutient que l'expertise réalisée par le Dr H.\_\_\_\_\_ n'a rien de final, étant donné que son but n'était pas "*d'arrêter l'invalidité ou l'absence d'invalidité*" mais de faire le point sur une prise en charge éventuelle d'une opération médicale. Il se plaint d'une violation de son droit d'être entendu car il ne s'est pas vu

remettre le rapport médical sur lequel l'autorité intimée a fondé sa décision. Il considère que B. \_\_\_\_\_ a également violé le droit en ne sursoyant pas à tout prononcé, en attente des mesures de réadaptation de l'OAI, ou en n'octroyant pas une rente provisoire. Il soulève encore que les activités de concierge et de restaurateur ne sont pas adaptées à ses limitations, tant au regard des certificats médicaux que de l'expertise, et constate finalement que le revenu de l'activité de restaurateur retenu dans la décision contestée est surfait.

Par arrêt du 3 mai 2012, la Cour de céans a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif formulée parallèlement au recours du 5 mars 2012.

Dans ses observations du 19 septembre 2012, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. A l'appui de ses conclusions, elle estime que le simple fait de prévoir une nouvelle opération ne signifie pas une absence de stabilisation de l'état de santé. Selon elle, l'opération proposée n'était pas justifiée par des chances de guérison suffisantes et n'était pas appropriée. Elle relève que, s'agissant de l'incapacité de travail, l'OAI est parvenu à un taux semblable dans un projet de décision du 5 juillet 2012. A son avis, "*l'évaluation médico-théorique de la capacité de travail*" est inutile car elle ne tient pas compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé. Elle est d'avis que le droit d'être entendu n'a pas été violé, se référant notamment au projet de décision de l'OAI précité et considérant que l'évaluation de son médecin-conseil n'est qu'une brève confirmation des faits antérieurs et un avis sur l'expertise. Elle constate finalement que les griefs relatifs à l'attente des résultats de la procédure AI tombent à faux au regard du projet de décision de ce dernier.

Dans ses contre-observations du 29 novembre 2012, l'assuré relève que l'OAI a révoqué *pendente lite* la décision formelle suivant le projet de décision du 5 juillet 2012. Il précise en outre que la notion "*d'invalidité médico-théorique*" utilisée dans son recours a trait à l'appréciation purement médicale des capacités fonctionnelles et de leur exigibilité.

Pour le surplus, lors du second échange d'écritures, les parties campent sur leur position.

Par décision du 6 décembre 2013, l'OAI a reconnu au recourant un degré d'invalidité de 8%, lui déniait le droit à une rente d'invalidité. L'assuré a recouru contre cette décision devant l'Instance de céans par mémoire du 23 janvier 2014 (cause 605 2014 16). Le dossier a été produit et versé à la présente cause, ce dont les parties ont été informées.

Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

## **en droit**

1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

2. Par un premier moyen de nature formelle, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu dès lors qu'une évaluation du 12 septembre 2011 du Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de l'autorité intimée, n'a pas été portée à sa connaissance.

a) 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 recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b et les arrêts

cités). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 3.3).

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. Encore qu'elle ne soit pas obligée de les renseigner sur chaque production de pièces, car il suffit qu'elle tienne le dossier à leur disposition (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 250/02 du 25 octobre 2002 consid. 3.3).

La violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 consid. 2b et les références).

b) Contrairement aux affirmations de l'autorité intimée, dans le rapport en cause, le médecin-conseil donne une appréciation du status médical du recourant. Même s'il confirme les conclusions de l'expert, le médecin fait part de son avis sur le dossier, notamment en relation avec la stabilisation de l'état de santé et l'adéquation de la profession de concierge. Il s'agit clairement d'une analyse médicale dont l'autorité intimée s'est d'ailleurs prévaluée dans la décision contestée.

A ce titre, dans la mesure où l'assuré n'a pas eu la possibilité de se déterminer sur ce moyen de preuve, son droit d'être entendu semble ne pas avoir été respecté.

Néanmoins, une telle violation doit être considérée comme guérie. En effet, dans le cadre de la procédure de recours auprès de la Cour de céans, avec plein pouvoir de cognition, le mandataire de l'assuré a eu en ses mains les dossiers constitués au nom de son client auprès de l'autorité intimée et de l'OAI les 21 décembre 2012 et 23 janvier 2013. En conséquence, s'il entendait contester le contenu de ce rapport médical, il aurait eu toute latitude de compléter ses écritures de manière spontanée, la maxime d'office étant applicable en procédure de recours en matière d'assurance-accidents (art. 61 let. c de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1]). En n'agissant pas de la sorte dans un délai raisonnable, la Cour doit considérer qu'il y a implicitement renoncé.

Le grief tiré de la violation du droit d'être entendu soulevé par le recourant doit dès lors être rejeté.

3. Dans la décision attaquée, l'autorité intimée a admis le lien de causalité entre l'accident du 6 avril 2007 et les troubles arthropathiques du genou. Au vu des conclusions claires de l'expert à ce sujet, celui-ci considérant que la relation entre ces deux situations comme "hautement probable", ce point n'est, à juste titre, pas contesté en l'espèce.

De même, le recourant ne remet pas non plus en cause la détermination du gain assuré.

4. En l'espèce, le litige porte d'abord sur la stabilisation de l'état de santé du recourant, lequel conteste le fait que B. \_\_\_\_\_ était en droit de passer au régime de la rente.

a) Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme.

De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a un droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation

du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées). Le droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1, 133 V 57 consid. 6.6.2 p. 64).

Ce qu'il faut entendre par "sensible amélioration de l'état de l'assuré" n'est pas décrit par le texte de la disposition légale. Pour qu'une amélioration sensible de l'état soit possible, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail pour ce qui est des conséquences de l'affection assurée. Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1). Il ne suffit pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.3), ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (arrêt du Tribunal fédéral U 305/03 du 31.08.2004; U. MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2<sup>e</sup> éd., Berne 1989, p. 274).

b) Quoiqu'en dise le recourant, il est médicalement établi que son état de santé était stabilisé à partir de septembre 2009.

L'autorité intimée a fondé cette conclusion notamment sur l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. L'expert est d'avis que le cas est stabilisé depuis l'été 2009 (rapport du 2 novembre 2009, dossier B.\_\_\_\_\_, 605 12 82, pièce M53). Ses conclusions sont fondées sur une étude du dossier médical auprès de l'assureur-accidents, une consultation du 16 août 2011 et des recherches auprès des différents intervenants. Si l'assuré ne s'est pas présenté avec son bilan radiologique, ni ne l'a fait parvenir ultérieurement à l'expert, ce dernier a directement procédé à un bilan radiologique lors de la consultation. L'expertise se base dès lors sur un examen complet et actuel de l'assuré, l'expert ayant une connaissance entière de l'anamnèse, du contexte et de la situation médicale. L'assuré a été en mesure de donner des indications subjectives, notamment les caractéristiques de ses douleurs au genou droit et leur intensité douloureuse, dont l'expert a tenu compte.

Force est de constater que les rapports médicaux présents dans le dossier assécurologique ne contredisent pas cette conclusion. En effet, dans un rapport du 8 septembre 2009, le médecin traitant du recourant, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a noté que le traitement s'est terminé le 28 mai 2009 et a expressément qualifié le cas de médicalement stabilisé (dossier B.\_\_\_\_\_, 605 12 82, pièce M42). Depuis cette date, ce médecin mentionne une incapacité de travail stable (incapacité de travail totale en tant que menuisier, capacité de travail entière dans l'activité de restaurateur) et mentionne uniquement des douleurs au genou gauche ou des difficultés de flexion (cf. rapports et certificats précités, dossier B.\_\_\_\_\_, pièces M41, M42 et M46; cf. également les rapports et certificats relatifs à la période entre la troisième et la quatrième opérations, dossier B.\_\_\_\_\_, pièces M29, M30 et M32 à M36). Cette stabilisation ressort également de l'avis du Dr I.\_\_\_\_\_, qui retient que le cas est médicalement stabilisé, le seul traitement devant être suivi par le recourant étant composé de séances de physiothérapie et de la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (rapport du 2 novembre 2009, dossier B.\_\_\_\_\_, 605 12 82, pièce M43; rapport du 14 avril 2011; dossier B.\_\_\_\_\_, pièce M52; rapport du 12 septembre 2011, dossier

B.\_\_\_\_\_, pièce M54). De tels traitements sont des traitements conservateurs. Le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, du L.\_\_\_\_\_, questionné par l'OAI, est également d'avis qu'une éventuelle ré-opération pourrait soulager l'assuré mais ne permettra pas de réduire significativement ses limitations (rapport du 24 novembre 2011, dossier OAI 605 2014 16, pièce 564). Par ailleurs, selon le recourant lui-même, son médecin traitant, spécialiste FMH dans ce domaine, avait déclaré ne pouvoir plus rien faire pour lui *"malgré des douleurs sporadiques et parfois importantes toujours présentes aux genoux, une fatigabilité accrue à la marche et à certains efforts et faits et gestes les mettant à contribution, et malgré diverses activités qui ne lui sont plus possibles"* (courrier du 8 septembre 2010, dossier B.\_\_\_\_\_, pièce C96).

Au final, seul le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, semble d'un avis contraire en préconisant une intervention chirurgicale ("*proximalisation de la TTA*") supplémentaire (rapport du 8 avril 2011, dossier B.\_\_\_\_\_, pièce M51). En proposant cette opération, le médecin est implicitement d'avis que l'état du recourant peut être amélioré et n'est, par conséquent, pas stabilisé. Cependant, il convient de relever que la formulation utilisée par le médecin, notamment l'usage du conditionnel, ne permet pas de renverser les avis médicaux précités. Or, pour sa part, l'expert, mandaté justement pour jauger de l'opportunité de l'opération, indique ce qui suit: *"je fixerais une réelle amélioration fonctionnelle avec diminution des douleurs à moins de 20% pour cette intervention, pour 30% à 50% de statu quo, voire 30% d'aggravation"*. Dans le cadre de l'appréciation du cas, l'expert a aussi discuté de l'opportunité de réaliser d'autres traitements, tels qu'une *"patellectomie"* ou la pose d'une *"prothèse fémoro-patellaire"*. Sur la base d'un raisonnement motivé, notamment sur les résultats probables à en attendre ou l'adéquation de l'intervention eu égard à l'âge du recourant, il estime qu'une abstention chirurgicale est préférable. Finalement, l'intervention n'a pas été réalisée jusqu'à ce jour. Or, comme on le verra ci-après, la capacité de travail dans une activité adaptée a été jugée entière malgré la non-réalisation de cette opération.

A ce titre, l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ est complète et correspond pleinement aux critères jurisprudentiels en matière de valeur probante s'agissant de la question de la stabilisation de l'état médical, rejoignant par ailleurs l'avis des autres médecins à cet égard, et de celle des chances d'amélioration ou de péjoration du status médical du recourant par une nouvelle intervention chirurgicale. A ce titre, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de mise en œuvre d'une expertise sur ces points.

Au vu de ce qui précède, l'état de santé de l'assuré doit être considéré comme stabilisé depuis septembre 2009 au plus tard. La stabilisation du cas ouvre le droit du recourant à l'octroi à une rente d'invalidité, pour autant que son degré d'invalidité dépasse 10%.

5. Est dès lors encore litigieuse la question de savoir si B.\_\_\_\_\_ était en droit de passer au régime de la rente ordinaire ou si elle devait lui octroyer une rente provisoire jusqu'à droit connu sur les mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité.

a) L'art. 19 al. 3 LAA prévoit que le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard.

En application de cette disposition, le Conseil fédéral a édicté l'art. 30 OLAA. Selon son al. 1, lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce

moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI (let. a); avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b) ou avec la fixation de la rente définitive (let. c).

Il s'agit d'une rente transitoire destinée à permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'assurance-invalidité, de verser néanmoins une rente d'invalidité sans attendre ce résultat. C'est donc une prestation temporaire, fixée provisoirement, et qui doit être allouée aussi bien pendant le déroulement des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité que pendant la période qui va de la fin du traitement médical jusqu'au moment où décision est prise quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, cas échéant à la mise en œuvre de celles-ci (arrêts du Tribunal fédéral U 331/04 du 31 octobre 2005 consid. 2.2 et ATF 139 V 514 consid. 2.3). Cette rente allouée à titre transitoire et jusqu'au moment où, à l'issue des mesures de réadaptation, il sera possible de fixer de façon certaine le degré d'invalidité de l'assuré, ne doit pas être confondue avec la rente allouée à titre temporaire, sur la base d'une appréciation anticipée de l'invalidité en fonction de l'accoutumance prévisible de l'assuré aux séquelles de l'accident (ATF 116 V 246 consid. 2b).

Selon la jurisprudence (ATF 129 V 284 consid. 4.2), si le législateur n'a pas réglé *expressis verbis* la question du droit à une rente transitoire de l'assureur-accidents durant une éventuelle procédure de recours concernant les mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité, il a néanmoins manifesté clairement son intention de garantir le versement de telles rentes aussi bien pendant le déroulement desdites mesures de réadaptation que pendant la période qui va de la fin du traitement médical jusqu'au moment où décision est prise quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, cas échéant à la mise en œuvre de celles-ci. Ainsi cette rente transitoire est allouée pendant la durée de la procédure menant à la décision de l'AI; elle concerne la durée totale de cette procédure, y compris lorsqu'il y a recours, dès lors que l'obligation de l'assureur-accidents d'allouer ses prestations dépend indubitablement de la décision de l'AI portant sur le droit de l'assuré aux mesures de réadaptation d'ordre professionnel (arrêt du Tribunal fédéral U 434/04 du 27 mars 2006 consid. 2 et les références citées).

b) Selon la jurisprudence, une rente fondée sur l'art. 30 OLAA doit être fixée d'après la méthode de comparaison des revenus, l'évaluation intervenant dans ce cas avant l'exécution éventuelle de mesures de réadaptation. Seule entre en considération, à cette date, l'activité qui peut raisonnablement être exigée de la part d'un assuré non encore réadapté, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (ATF 116 V 246 consid. 2c). Cette rente est allouée sur la base de l'incapacité de gain existant au moment de la fin du traitement médical. Elle n'est pas versée tant que l'assuré a droit à une indemnité journalière de l'AI (*idem*, consid. 2b).

aa) 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. Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

En ce qui concerne le revenu d'invalidé, renvoi est fait à ce qui a été rappelé ci-dessus en cas de rente transitoire.

Si, en revanche, l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué, notamment, sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il est également possible de recourir à une enquête menée par la CNA auprès de diverses entreprises suisses et qui a permis de réunir des données salariales concrètes pour de nombreux postes de travail faisant l'objet d'une description détaillée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Selon la jurisprudence, lorsque le revenu d'invalidé est évalué sur la base des données de l'OFS, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. De telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Cette déduction doit être opérée seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. A cet effet, l'administration jouit d'un large pouvoir d'appréciation et le juge ne peut s'en écarter et y substituer son appréciation sans motif pertinent (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 724/2002 du 10 janvier 2003; ATF 126 V 75). Par ailleurs, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu d'invalidé, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour cette même raison (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4.2). Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_963/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.2 et I 724/2002 du 10 janvier 2003 consid. 4.2.1).

bb) Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Il appartient aux médecins de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les arrêts cités).

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'investigations approfondies et complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 257 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur

probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 ss consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 4A\_45/2007 du 12 juin 2007 consid. 5.1).

Une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid.3b/bb et les références).

Enfin, il y a lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 p. 345; arrêt du Tribunal fédéral U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1).

6. En l'espèce, il est patent que l'autorité intimée n'a pas examiné le droit de l'intimé à une rente transitoire, mais à une rente d'invalidité "ordinaire", dès la stabilisation de son état de santé en septembre 2009. Il convient dès lors de déterminer si elle était alors à même de connaître les résultats des mesures professionnelles au moment de la décision litigieuse.

Il ressort du dossier de l'OAI (cause 605 2014 16), que le recourant n'avait alors, en septembre 2009, pas encore commencé une mesure de réadaptation. Dans un premier temps, il a suivi un stage d'observation dans différents domaines tels que la menuiserie/ébenisterie, la cafétéria ou le travail en ateliers auprès de la fondation M.\_\_\_\_\_ (bilan de stage du 5 août 2009, dossier OAI 605 2014 16, pièce 28). Ce stage n'a pas été pris en charge par l'OAI (observations du 27 mars 2014 de l'OAI, cause 605 2014 16). L'assuré a par la suite effectué un stage d'évaluation et d'orientation professionnelle auprès du N.\_\_\_\_\_, du 16 novembre 2009 au 19 février 2010 (dossier OAI 605 2014 16, pièce 47). Il en ressort que l'assuré a été estimé apte à travailler sans problème apparent dans les domaines de la mécanique, l'électricité, la conciergerie, l'entretien, voire intégrer une unité de production ou la vente, la logistique, le conditionnement qui tiendrait compte de ses limitations fonctionnelles (rapport d'évaluation et d'orientation professionnelle du 8 mars 2010, dossier OAI 605 2014 16, pièce 97). Il a finalement été décidé que l'assuré ferait un stage de trois semaines dans le secteur conciergerie du N.\_\_\_\_\_ (communication du 1<sup>er</sup> avril 2010, dossier OAI 605 2014 16, pièce 102) et au O.\_\_\_\_\_ (communication du 17 juillet 2010, dossier OAI 605 2014 16, pièce 146; attestation du 20 septembre 2010, dossier OAI 605 2014 16, pièce 475). Par la suite, il a suivi une formation d'agent d'exploitation auprès du F.\_\_\_\_\_ (communication du 20 septembre 2010, dossier OAI 605 2014 16, pièce 346; attestation du 3 décembre 2010, dossier OAI 605 2014 16, pièce 476). Dans le rapport final sur la réadaptation professionnelle du 6 décembre 2010, la conseillère en réadaptation conclut que l'assuré a terminé avec succès sa formation de concierge, a obtenu son attestation de fin de formation et peut désormais travailler à 100% dans ce domaine (dossier OAI 605 2014 16, pièce 390). Le 28 mars 2011, l'OAI a pris en charge deux journées de cours pour l'obtention du CFC d'agent d'exploitation tout en précisant que ce serait la dernière prestation prise en charge dans le cadre du reclassement (dossier OAI 605 2014 16, pièce 491). Le recourant a obtenu son CFC en juin 2011.

Au regard de ce qui précède, le 15 février 2011 déjà, tout comme le 2 février 2012, au moment du prononcé de la décision sur opposition contestée, le recourant avait concrètement terminé les mesures de réadaptation proposées par l'OAI.

Cependant, du point de vue procédural, l'autorité intimée n'était pas encore en mesure de constater le résultat de ces mesures, en tout cas lorsqu'elle a rendu la décision sur opposition litigieuse. En effet, même si, par décision du 16 mai 2011, l'OAI avait indiqué la réussite des mesures professionnelles et dénié au recourant le droit à une rente de l'assurance-invalidité (dossier OAI 605 2014 16, pièce 502), il a ultérieurement annulé sa décision et repris l'instruction du dossier (décision du 7 décembre 2011 en la cause 605 2011 204). Le constat de réussite des mesures de réadaptation n'est donc pas entré en force. Dans sa décision ultérieure du 6 décembre 2013, l'office a estimé que l'activité de concierge n'était plus adaptée, mais a dénié le droit à la rente et le droit à de nouvelles mesures de réadaptation en se fondant sur d'autres activités adaptées telles que la mécanique de précision, l'électricité, le conditionnement, ou les unités de production (dossier OAI 605 2014 16, pièce 641). Cette décision est actuellement contestée devant le Tribunal cantonal (cause 605 2014 16).

Cela étant, l'OAI a transmis à l'autorité intimée le projet de décision de refus de rente du 22 février 2011 et la décision de refus de rente du 16 mai 2011 (dossier OAI 605 2014 1, pièces 491 et 503). Pour leurs parts, tant le courrier du 16 mai 2011 que la décision de la Cour de céans du 8 décembre 2011, constatant tout deux l'annulation de la décision précitée et la reprise des mesures d'instruction, ont été également portés à sa connaissance par le biais du dossier entier constitué par l'OAI que ce dernier lui a fait parvenir à sa demande le 29 décembre 2011 (dossier OAI 605 2014 17, pièces 563, 570 et 572). Par conséquent, l'autorité intimée savait ou aurait pu savoir que le résultat des mesures de réadaptation n'était pas encore connu, à tout le moins lorsqu'elle a statué sur opposition le 3 février 2012. Ce résultat est d'ailleurs toujours litigieux à ce jour et la décision constatant la réussite ou l'échec des mesures de réadaptation n'est pas encore entrée en force.

Au vu de ce qui précède, l'autorité intimée devait examiner le droit du recourant à une rente transitoire au sens de l'art. 30 OLAA, jusqu'à l'entrée en force de la décision constatant l'échec ou la réussite des mesures de réinsertion, et non se déterminer de manière définitive sur le droit à une rente ordinaire.

7. Il convient dès lors d'examiner le droit à la rente transitoire du recourant, compte tenu de l'activité qui peut raisonnablement être exigée de la part d'un assuré non encore réadapté, dans un marché du travail équilibré et à la fin de son traitement médical.

a) Le Dr H.\_\_\_\_\_ relève que, selon les dires de l'assuré, *"six mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse [soit l'opération du 2 février 2009], le cas est stabilisé, il persiste une restriction de flexion, des douleurs à la montée des escaliers, à la marche en terrain décliné et en terrain irrégulier, une impossibilité de se mettre à genoux"*. Il reprend en substance ceci dans son appréciation du cas, ajoutant que *"la capacité de travail est définitivement nulle dans [l'activité] de menuisier [...] Un travail nécessitant une marche à plat occasionnelle, un travail assis ou semi-assis est idéal"*. Il convient de conclure que, dans une activité adaptée à ses limitations, l'assuré était (déjà) totalement apte à travailler à cette époque.

Cette conclusion se retrouve dans les rapports médicaux de son médecin traitant, le Dr J.\_\_\_\_\_. Selon ce médecin, l'assuré est totalement incapable de travailler dans son ancienne activité de menuisier. Il est, par contre, du 1<sup>er</sup> juillet au 31 août 2008, apte à travailler à 40% dans son ancienne activité de restaurateur, soit uniquement dans les activités administratives (rapports et certificats des 2 juillet 2008, 2 septembre 2008 et non daté, dossier B.\_\_\_\_\_, pièces M29, M30 et M32). Dès le 1<sup>er</sup> septembre 2008 et jusqu'au 9 février 2009, le médecin déclare le recourant apte à travailler à 100% dans son activité de restaurateur, y compris dans les activités de services (certificats et rapports des 2 septembre 2008, 27 octobre 2008 et non datés, dossier

B. \_\_\_\_\_, pièces M32, M34, M35 et M36). Suite à la période d'incapacité faisant suite à l'opération du 9 février 2009, soit depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009, le médecin déclare l'assuré apte à travailler dans son activité de restaurateur, y compris dans les activités de services (certificats et rapports des 8 septembre 2009, 11 décembre 2009 et non daté, dossier B. \_\_\_\_\_, pièces M41, M42 et M46). En outre, il ressort du dossier de la cause que l'assuré a été capable de travailler en plein dans son activité d'hôtelier durant le mois d'août 2009 (fiche téléphonique du 3 septembre 2009 et rapport du 8 avril 2011, dossier B. \_\_\_\_\_, pièce M33 et M51).

A la lecture de l'ensemble de ces documents, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant demandant la mise en œuvre d'une expertise propre à l'évaluation de son status médical. Contrairement à ce qu'il affirme, le dossier est suffisamment instruit sur ce point. Tant l'expert que ses médecins traitants ont indiqué concrètement quelle était la diminution fonctionnelle de ses aptitudes physiques et sa capacité de travail.

A ce titre, il appert que, du 1<sup>er</sup> septembre 2008 au 9 février 2009 et dès le 1<sup>er</sup> juillet 2009, cette dernière était entière, sans perte de rendement, dans une activité adaptée à ses limitations, soit une activité semi-assise, sans montée ou descente régulière d'escaliers, sans port de charges régulières et évitant une marche sur des échelles, des accroupissements ou des agenouillements.

b) Dans la décision querellée, l'autorité intimée est d'avis que le recourant est en mesure d'utiliser une partie de sa capacité de gain en tant que concierge et le reste en sa qualité de restaurateur ou dans l'administration dans le cadre de la restauration.

Or, elle n'était pas fondée, quand bien même l'assuré avait effectué l'ensemble des stages et formations soutenues par l'OAI, à anticiper le résultat de la procédure de réadaptation. Elle devait, au contraire, apprécier la situation en faisant abstraction de la formation déjà suivie par l'assuré. Dans le cas d'espèce, il lui appartenait ainsi de fonder le salaire d'invalidé sur une activité qui pouvait raisonnablement être exigée de la part d'un assuré non encore réadapté à la fin du traitement médical, soit en septembre 2009.

Partant, s'agissant d'une rente transitoire, l'échec des mesures de réadaptation ordonnées par l'OAI, constaté par arrêt de ce jour en la cause 605 2014 16, soit a posteriori, ne sauraient non plus entrer en ligne de compte dès lors que cette rente est allouée sur la base de l'incapacité de gain existant avant que les mesures de réadaptation ne soient terminées. Tout au plus cet échec met-il en évidence la nécessité absolue de ne pas prendre en compte le résultat escompté de mesures de réadaptation inachevées pour le calcul provisoire du degré d'invalidité.

Il convient par conséquent de procéder au calcul du revenu d'invalidé.

S'agissant du 20% consacré à la restauration, il n'est pas contestable que l'assuré était apte à exercer cette activité sans diminution de rendement à la fin de son traitement médical à la mi-2009. En effet, comme souligné ci-avant, le Dr J. \_\_\_\_\_ a déclaré l'assuré apte à travailler dans son activité de restaurateur, y compris dans les activités de services, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009. Ce dernier a par ailleurs effectivement réalisé de telles tâches durant le mois d'août 2009. Cela étant, compte tenu d'un salaire de 13'200 francs pour l'année 2006 (courrier du 7 juillet 2010 de la Caisse de compensation du canton de Fribourg, dossier OAI 605 2014 16, pièce 139), indexé pour l'année 2009 (1,6% pour 2007; 2% pour 2008 et 2,1% pour 2009), celui-ci passe à un montant annuel de 13'966 fr. 70.

S'agissant des 80% restant dans lequel l'assuré, avant la survenance de son invalidité, exerçait la profession de menuisier, l'OAI a mis en place des mesures de réadaptation. Dès lors que leur résultat définitif n'était pas encore connu au moment de statuer sur la rente transitoire, il convient

de prendre en compte le salaire obtenu par une personne effectuant des tâches simples, sans formation, dans le secteur privé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2008 (ci-après: ESS 2008; TA1, total, niveau de qualification 4, hommes). Cette manière de faire permet de prendre en compte un large éventail d'activités simples et répétitives. Au vu des limitations physiques éprouvées par le recourant, force est d'admettre que la plupart de ces emplois sont conformes à ses limitations fonctionnelles. Conformément à la pratique, il y a en principe lieu de se fonder sur le tableau TA1 de l'ESS, et non sur le tableau TA3 (cf. arrêt du Tribunal fédéral U 203/03 du 18 mars 2004 consid 4.2).

Dès lors, pour l'année 2008, le salaire mensuel brut se monte à 4'806 francs (ESS 2008, tableau TA1, total secteur privé, niveau de qualification 4). La période en cause étant l'année 2009, il convient de tenir compte de l'évolution des salaires (+ 2,1%); le revenu passe à un montant mensuel de 4'906 fr. 90. Fondé sur une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle était de 41,6 heures, le salaire mensuel se monte à 5'106 fr. 20. Le revenu annuel avec invalidité est par conséquent de 61'238 fr. 40 pour un plein temps, soit 48'990 fr. 75 pour un temps partiel de 80%.

Compte tenu de ce qui précède, le revenu annuel avec invalidité se monte, pour l'année 2009, à 62'957 fr. 45 (48'990 fr. 75 + 13'966 fr. 70).

c) Avant l'atteinte à la santé, le recourant a occupé deux activités, celle de restaurateur et celle de menuisier.

L'autorité intimée a, pour l'année 2009, retenu un salaire sans invalidité total de 89'715 fr. 78, soit 14'346 fr. 41 dans l'activité de restaurateur et 75'369 fr. 37 dans l'activité de menuisier. Il s'avère cependant que la base de calcul de ces revenus n'est pas mentionnée, tant dans la décision du 15 février 2011 que dans la décision litigieuse. Or, de tels chiffres ne figurent pas dans le dossier de la cause. Au contraire, selon une attestation de son employeur, l'assuré a, pour l'année 2006, obtenu un salaire net de 44'939 fr. 10 dans la profession de menuisier (dossier B. \_\_\_\_\_; pièce C38).

Il convient dès lors de se fonder sur les salaires indiqués par la Caisse de compensation du canton de Fribourg dans son courrier du 7 juillet 2010 (dossier OAI 605 2014 16, pièce 139).

Dans son activité de restaurateur, pour l'année 2006, l'assuré a obtenu un salaire de 13'200 francs. Indexé pour l'année 2009 (1,6% pour 2007; 2% pour 2008 et 2,1% pour 2009), ce revenu passe à un salaire annuel de 13'966 fr. 70.

Dans son activité de menuisier, la même année, l'assuré avait obtenu un salaire de 52'716 francs. Indexé pour l'année 2009 de (1,6% pour 2007; 2% pour 2008 et 2,1% pour 2009), son gain se monte dès lors à une somme de 55'777 fr. 90.

Compte tenu de ce qui précède, le revenu annuel sans invalidité se monte, pour l'année 2009, à 69'744 fr. 60 (55'777 fr. 90 + 13'966 fr. 70).

d) Il résulte de la comparaison des revenus sans invalidité (69'744 fr. 60) et avec invalidité (62'957 fr. 45) une perte de gain de 6'787 fr. 10. Cela correspond à un degré d'invalidité de 9,7%. Le résultat du calcul devant être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles mathématiques (ATF 130 V 121; ATF 127 V 129), le degré d'invalidité est fixé à 10%.

Un taux d'invalidité supérieur à 10% donne droit à une rente de l'assurance-accidents.

8. La dernière question litigieuse porte sur le point de savoir si le recourant peut prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux supérieur à 10%.

a) 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'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: 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). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009; voir également T. FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41; J.-M. FRÉSARD/M. MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., Bâle 2007, no 229). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415, U 134/03, consid. 5.2; RAMA 2000 p. 41, U 360/98, consid. 1). Ce n'est qu'en cas d'affections à la colonne vertébrale que le taux de l'atteinte à l'intégrité dépend de l'intensité des douleurs ressenties par l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_389/2009 du 7 avril 2010 consid. 5.3). Il incombe par conséquent aux médecins de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit, no 235; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009).

Par ailleurs, aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b).

L'IPAI se fixe en même temps que la rente d'invalidité ou, lorsqu'il n'existe aucun droit à une rente, à la fin du traitement médical. L'art. 24 al. 2 LAA prescrit non seulement quand l'assureur-accidents doit rendre une décision sur une IPAI, mais fixe également le moment déterminant pour examiner les conditions matérielles d'octroi d'une telle indemnité. Dès lors que l'IPAI sert de compensation à un dommage de durée, un droit à son octroi ne peut être jugé que lorsque l'état de santé de l'assuré a été stabilisé et qu'aucune amélioration ne peut être attendue par des mesures médicales. Si le point de départ du droit matériel relatif à une IPAI dépend d'un éventuel droit à la rente, il est logique qu'il faille statuer dans un premier temps sur un droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 4.2 et les références).

D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

Usant de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté de telles prescriptions, notamment à l'art. 36 OLAA. Selon l'art. 36 al. 2 OLAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Celle-ci comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Selon l'annexe 3 OLAA, le taux maximal pour une "perte d'une jambe au niveau du genou" est de 40%.

Dans ce cadre, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Ces tables, qui ne constituent pas des règles de droit mais de simples indications ne liant pas le juge, sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009; ATF 124 V 209 consid. 4a/cc, 116 V 156 consid. 3a; RAMA 1998 p. 235, U 245/96 consid. 2a).

b) Sur le vu de ce qui précède, il convient dès lors de déterminer le droit du recourant à l'octroi d'une IPAI. Rappelons à titre liminaire que cette problématique doit être traitée uniquement sous l'angle médical.

Comme établi ci-avant, l'état de santé de l'assuré doit être considéré comme stabilisé à partir de septembre 2009. Le taux d'IPAI doit donc être déterminé à ce moment-là, compte tenu d'éventuelles aggravations prévisibles.

Dans son expertise, le Dr H. \_\_\_\_\_ a conclu que le degré d'atteinte à l'intégrité corporelle correspondait alors à 10% selon les tables LAA. Invité à donner son avis sur une éventuelle aggravation, le médecin ne s'est pas prononcé (dossier B. \_\_\_\_\_; pièce M53).

Au vu de la situation médicale au moment de statuer, ce taux correspond en substance aux taux figurant dans le dossier. A ce titre, s'agissant de la gravité objective de l'atteinte subie, le taux ne peut manifestement être fixé à un taux supérieur à 10%. Le recourant ne conteste en soi pas cette conclusion, dès lors qu'il revendique une IPAI supérieure en se fondant uniquement sur la prévisibilité d'une aggravation.

En effet, le médecin-conseil de l'assureur-accidents, le Dr I. \_\_\_\_\_, a fixé un degré d'IPAI à 10% indiquant explicitement ne pas exclure d'aggravation. Ainsi, dans son rapport du 27 septembre 2007, il déclare que 10% au moins sont à prévoir (dossier B. \_\_\_\_\_, pièce M9). Dans un rapport du 4 mars 2009, il précise que le taux se monte à 5-10% à court terme et qu'il n'est pas exclu qu'il augmente jusqu'à 20% à long terme (dossier B. \_\_\_\_\_, pièce M39; cf. ég. rapport du 2 novembre 2009, dossier B. \_\_\_\_\_, pièce M43).

Quand bien même le Dr I. \_\_\_\_\_ n'exclut pas une aggravation pouvant aller jusqu'à 20%, force est de constater que la survenance de cette aggravation n'est pas prévisible ni son importance réellement quantifiable, le médecin se contentant de ne pas exclure un taux supérieur à une date totalement indéterminée.

c) Au vu de ce qui précède, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité n'est pas critiquable et le recourant n'apporte aucun élément susceptible de la remettre valablement en cause. Partant, le taux de l'IPAI de 10% retenu par l'autorité intimée doit être confirmé.

9. Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours, bien fondé, doit être partiellement admis.

Partant, la décision attaquée est modifiée dans le sens que le recourant se voit octroyer une rente transitoire de l'assurance-accidents sur la base d'un degré d'invalidité de 10%, de la fin du traitement médical jusqu'à ce que la décision de ce jour en la cause 605 2014 16, constatant l'échec des mesures de réadaptation ordonnées par l'OAI, soit exécutoire. Cette rente n'est pas versée tant que l'assuré a droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité.

Il appartiendra par ailleurs à l'autorité intimée de statuer sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au sens de l'art. 18 LAA dès que le jugement de ce jour en la cause 605 2014 16 sera exécutoire.

La procédure étant gratuite en matière d'assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais de justice.

Ayant obtenu partiellement gain de cause, le recourant a droit à des dépens pour ses frais de défense. Compte tenu de la difficulté et de l'importance relatives de l'affaire ainsi que du gain de cause très partiel, il se justifie de fixer l'équitable indemnité de partie à laquelle il a droit, *ex aequo et bono*, à 1'500 francs, débours compris, plus 120 francs au titre de la TVA, soit une somme totale de 1'620 francs, intégralement mise à la charge de l'autorité intimée.

## la Cour arrête:

I. Le recours de A. \_\_\_\_\_ est partiellement admis.

Partant, la décision sur opposition du 3 février 2012 est modifiée dans le sens que le recourant se voit octroyer une rente transitoire, sur la base d'un degré d'invalidité de 10%, du mois de septembre 2009 jusqu'à ce que le jugement de ce jour en la cause 605 2014 16 soit exécutoire. Cette rente n'est pas versée tant que l'assuré a droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité.

II. Il appartiendra à l'autorité intimée de statuer sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au sens de l'art. 18 LAA dès que le jugement de ce jour en la cause 605 2014 16 sera exécutoire.

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

IV. L'indemnité de partie est fixée à 1'500 francs, plus 120 francs au titre de la TVA, soit à un total de 1'620 francs. Elle est intégralement mise à la charge de l'autorité intimée.

V. Communication.

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 25 novembre 2014/pte*

Présidente

Greffier