

FR_GERICHTE 605 2021 249 vom 3. Mai 2022

FR Kantonsgericht, 2022-05-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2021_249

FR: FR_GERICHTE 605 2021 249 du 3 mai 2022

IT: FR_GERICHTE 605 2021 249 del 3 maggio 2022

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 30

septembre 2020. Le recourant n'a pas contesté cet arrêt, qui est dès lors entré en force. H. Le 20 janvier 2022, la Suva a proposé le rejet du recours. Il sera fait état du détail des arguments soulevés par les parties dans les considérants en droit, dans lesquels seront par ailleurs examinés les moyens de preuves dont elles se prévalent.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 17 en droit 1. Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant, dûment représenté, est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable. 2. Dans son mémoire, le recourant se prévaut d'une violation de son droit d'être entendu. Il convient d'examiner en premier lieu ce grief puisque son bien-fondé conduirait à lui seul à l'admission du recours. 2.1. 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). 2.2. Le recourant se plaint du fait qu'il n'a jamais reçu les constats médicaux du médecin d'arrondissement de la Suva et qu'il n'a jamais pu se déterminer à leur sujet. Il doit d'abord être relevé qu'il ne précise pas à quels documents exactement il se réfère. La décision attaquée mentionne trois rapports du Dr C._____, le premier du 18 juin 2020 (doc. 352), le second du 25 juin 2021 (doc. 447) et le troisième du 27 octobre 2021 (doc. 467). Ce sont ainsi ces trois rapports qui seront

examinés en lien avec le grief soulevé par le recourant. 2.3. Celui-ci se plaignait, dans son recours contre la décision de l'OAI déjà, du fait qu'il n'avait pas reçu le rapport du 18 juin 2020. Le grief a toutefois été rejeté par l'arrêt précité du 27 décembre 2021.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 17 La Cour avait en effet notamment considéré que le recourant connaissait ce document, puisque la Suva avait rendu par le passé des décisions en s'y référant expressément, et qu'il aurait pu en tout temps consulter le dossier de l'autorité, ce qu'il n'a pas fait (la Cour se référait au « rapport final du 12 juin 2020 » du médecin d'arrondissement, mais il s'agit bel et bien du rapport du 18 juin 2020, le document contenant les deux dates). S'agissant des rapports des 25 juin et 27 octobre 2021, rien n'indique en revanche qu'ils aient été transmis au recourant. Toutefois, à supposer que le droit d'être entendu eût été violé, le vice serait guéri par-devant la Cour de céans, laquelle dispose en effet d'un plein pouvoir de cognition pour examiner la valeur probante de ces documents, à tout le moins implicitement contestée par le recourant. Le grief tiré de la violation du droit d'être entendu doit dès lors être rejeté. 3. Dispositions relatives aux prestations LAA 3.1. Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA), le droit à l'indemnité journalière (art. 16 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA) et le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA). 3.2. Selon l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA ; RS 830.1]) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. L'al. 2 de cette disposition précise que le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède. 3.3. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a un droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (arrêt TF 8C_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées). Ce qu'il faut entendre par « sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré » n'est pas décrit par le texte de la disposition légale. Eu égard au fait que l'assurance-accidents sociale vise, selon sa conception même, les personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), cette notion est définie notamment par la mesure de l'amélioration attendue de la capacité de travail ou celle de sa reprise, pour autant que celle-là ait été influencée par un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Cette disposition délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à une rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé. Il ne suffit donc pas que le traitement médical laisse présager une

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17 amélioration de peu d'importance (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.3; RAMA 2005 p. 366), ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée

dans un avenir incertain (arrêts TF U 305/03 du 31 août 2004 et U 89/95 du 21 novembre 1995; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd. 1989, p. 274). 3.4. Une fois que le traitement médical d'un événement assuré a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA. 4. Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Il découle de cette notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée ; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). 4.1. 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. Pour la comparaison des revenus, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n° U 168 p. 97 consid. 3b). Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident. 4.2. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu de valide (ou : 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence citée). 4.3. En ce qui concerne le revenu d'invalidé, on tient compte de la perte de gain effective si on peut admettre que la personne assurée utilise au mieux sa capacité résiduelle de travail et si le revenu obtenu est en adéquation avec la prestation fournie. On se fonde sur un revenu hypothétique lorsque la personne assurée ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident (FRÉSARD-FELLAY, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, 2015, § 286 p. 421). 4.3.1. Si l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué notamment sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : l'OFS). 4.3.2. Selon la jurisprudence, lorsque le revenu d'invalidé est évalué sur la base des données de l'Office fédéral de la statistique, 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 TF I 724/2002 du 10 janvier 2003 ; ATF 126 V 75). D'autre part, 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 TF 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 TF 9C_963/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.2 et I 724/2002 du 10 janvier 2003 consid. 4.2). 5. 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 en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c). 5.1. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de

preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351). Le simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une présomption à l'égard de l'assuré. Ainsi, une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la SUVA, 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 SUVA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées). Enfin, s'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui et à s'exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). 5.2. En droit des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles (art. 108 al. 1 let. c LAA). Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3). 5.3. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références citées ; cf. ATF 130 III 324 s. consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 6. Selon l'art. 69 LPGA, le concours de prestations des différentes assurances sociales ne doit pas conduire à une surindemnisation de l'ayant droit. Ne sont prises en compte dans le calcul de la surindemnisation que des prestations de nature et de but identiques qui sont accordées à l'assuré en raison de l'événement dommageable (al. 1). Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations sociales légalement dues dépassent, du fait de la réalisation du risque, à la fois le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé, les frais

supplémentaires et les éventuelles diminutions de revenu subies par les proches (al. 2). Les prestations en espèces sont réduites du montant de la surindemnisation. Sont exceptées de toute réduction les rentes de l'AVS et de l'AI, de même que les allocations pour impotents et les indemnités pour atteinte à l'intégrité. Pour les prestations en capital, la valeur de la rente correspondante est prise en compte (al. 3). 6.1. En vertu de l'art. 20 al. 2 LAA, si l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, une rente complémentaire lui est allouée, celle-ci correspond, en dérogation à l'art. 69 LPGA, à la différence entre 90% du gain assuré et la rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants, mais au plus au montant prévu pour l'invalidité totale ou partielle. La rente complémentaire est fixée lorsque les prestations mentionnées sont en concours pour la première fois et n'est adaptée que lorsqu'il y a modification des parts de rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants accordées pour les membres de la famille. L'institution de la rente complémentaire, fixée lorsque les prestations mentionnées sont en concours pour la première fois, vise à éviter toute surindemnisation qui pourrait résulter du fait que le bénéficiaire toucherait à la fois une rente de l'AVS ou de l'AI et une rente de l'assurance-accidents (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi fédérale sur l'assurance-accidents, in FF 1976 III 143 ss, ch 345.1). 6.2. Selon l'art. 33 al. 2 let. a OLAA, les rentes complémentaires sont rectifiées lorsque des rentes complémentaires et des rentes pour enfants de l'AVS ou de l'AI sont supprimées ou viennent s'y ajouter.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 7. Problématiques Plusieurs éléments sont litigieux. D'abord, la question de la stabilisation de l'état de santé, après l'annonce d'une rechute. Le recourant estime que celle-ci n'est pas intervenue car il souffre aujourd'hui encore de limitations dues à son accident. Ensuite, le taux d'invalidité retenu par l'autorité. Le recourant critique les revenus, avec et sans invalidité, pris en compte dans le cadre du calcul de ce taux. Enfin, le recourant conteste toute surindemnisation. Qu'en est-il ? 8. Situation personnelle 8.1. Le recourant est marié et père de cinq enfants nés entre 2005 et 2019 (arrêt TC FR 605 2021 127 du 27 décembre 2021). 8.2. Il a repris l'entreprise de maçonnerie de son ancien employeur, D._____ Sàrl, en 2010 (arrêt TC FR 605 2021 127 précité). En 2010, il a créé sa propre Sàrl, dont il est également salarié. Concrètement, il travaillait principalement sur les chantiers de maçonnerie et terrassement en qualité de maçon et de conducteur de machines. Les petites tâches administratives qu'il réalisait (relevés, métrés, offres, contacts clients, etc.) n'occupaient que 25% de son temps. 8.3. Il travaille actuellement à nouveau dans son activité habituelle, à un taux de 30% (depuis le 1er mai 2021 au moins, doc. 456). 9. Accident de la circulation et évolution médicale 9.1. Le 7 juillet 2015, le recourant s'est assoupi au volant de sa voiture, qui a percuté frontalement un pylône de ligne haute tension avant de se retourner et de s'immobiliser dans un champ (arrêt TC du 27 décembre 2021). A l'hôpital, les médecins ont mis en évidence une fracture ouverte complexe de l'arrière-pied à droite, avec parésie du nerf tibial, et une fracture du plateau tibial à droite. Il s'en est suivi plusieurs années de traitement. 9.2. Le 18 juin 2020 enfin, le Dr C._____ a remis un rapport d'examen final (arrêt TC du 27 décembre 2021 ; doc. 352).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 Il a relevé que, s'agissant du genou droit, le patient était très satisfait de l'évolution. Il ne serait pas limité dans ses déplacements et ne ressentirait des douleurs passagères qu'au moment de se relever après s'être agenouillé. Au niveau de la cheville droite, le résultat serait plus critique. Le recourant ressentirait une

légère douleur après une marche de 5 à 10 minutes sur un terrain stable à plat et de fortes douleurs lors d'une marche en terrain instable. Il peinerait à monter les escaliers et rencontrerait des problèmes lors de port de poids. Aucune gêne ne se manifesterait lorsque la cheville est au repos. De manière générale, la situation était plutôt en train de s'améliorer, mais les douleurs restaient inchangées. Le médecin a ainsi estimé, sur la base du dossier médical, des déclarations du recourant et d'un examen de celui-ci, qu'une activité adaptée était exigible, soit : « une activité effectuée [...] en position assise ou debout, permettant des déplacements en terrain stable, sans déplacement en terrain instable, sans devoir monter et/ou descendre des escaliers de manière répétitive, sans devoir s'accroupir ou se mettre à genou, sans travail sur les échafaudages, sans port de charge lourde, sans port de charge répétée au-delà de 10 kilos ». 9.3. Le 31 juillet 2020, la Suva a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 30 septembre 2020, considérant que l'état de santé était stabilisé à cette dernière date (doc. 364). Elle a précisé qu'elle allait examiner le droit à d'autres prestations, notamment à une rente, et a rappelé qu'il appartenait à l'assuré de mettre à profit sa capacité de travail restante en exerçant une activité adaptée. Le recourant n'a fait valoir aucune objection à cela. 9.4. Dans son arrêt 605 2021 127 précité, le Tribunal cantonal a notamment retenu que, à partir du 30 septembre 2020, soit après la suppression de la rente entière limitée dans le temps, le recourant était en mesure de travailler dans une activité adaptée à ses limitations. Ce dernier n'a pas non plus contesté ce jugement, qui est dès lors entré en force. 9.5. Le 29 mars 2021, il a subi une opération afin d'exciser un névrome douloureux (doc. 415). Le lendemain, par l'intermédiaire de sa société B. _____ Sàrl, il a annoncé cette rechute à la Suva (doc. 397). 9.6. Deux semaines après l'opération, le Dr E. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, constatait une évolution positive (rapport du 12 avril 2021, doc. 416). Le recourant était ainsi « complètement soulagé en sous-malléolaire externe D et face latérale pied D » et ne ressentait plus qu'une douleur minime au tendon d'Achille. Le médecin a par conséquent attesté d'une incapacité de travail de travail de 100% entre le jour de l'intervention et la fin du mois d'avril, puis de 70% jusqu'à la fin du mois de mai (doc. 432). 9.7. Le 6 mai 2021, le Dr C. _____, médecin d'arrondissement de la Suva, a admis que l'opération était en lien avec l'accident (doc. 420).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 Une récupération pouvait être attendue un à deux mois après l'intervention et le recourant serait ensuite en mesure de reprendre un travail respectant les limitations décrites dans le rapport du 18 juin 2020. 9.8. Le 11 mai 2021, le Dr E. _____ a une nouvelle fois attesté d'une évolution positive suite à l'opération (doc. 444). La douleur dans le tendon d'Achille aurait disparu et le recourant se déclarait « très satisfait de pouvoir à nouveau porter des chaussures fermées sans aucune douleur sous-malléolaire externe ». Le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, allait assumer le suivi. 9.9. Le 25 juin 2021, le Dr C. _____ a reconnu que, depuis son examen final du 18 juin 2020, l'état de santé s'était provisoirement aggravé sous la forme du développement d'un névrome au niveau du nerf sural (doc. 447). L'évolution ayant toutefois été positive, la situation pouvait à nouveau être considérée comme stabilisée depuis le 10 mai 2021, date de la consultation chez le Dr E. _____. L'exigibilité décrite dans le rapport du 18 juin 2020 restait valable. 9.10. Le 21 juillet 2021, la Dre G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a établi un certificat médical attestant d'une incapacité de travail de 70% (doc. 456). Quelques jours plus tard, elle a relevé, avec le Dr F. _____, que le recourant se plaignait de douleurs d'allure mécanique au niveau antéro-latéral (rapport du

26 juillet 2021, doc. 457). Les médecins n'ont toutefois constaté aucun problème particulier, remarquant que le matériel d'ostéosynthèse était toujours en place. Ils ont ainsi recommandé une infiltration. 9.11. Celle-ci a été effectuée le 11 août 2021 (doc. 466) et, le même jour, la Dre G. _____ a rédigé un certificat médical attestant d'une incapacité de travail de 70% d'août à septembre 2021 (doc. 459). 9.12. Le 1er octobre 2021, le Dr C. _____ a répété que la situation était stabilisée depuis le 11 mai 2021 et que l'exigibilité décrite dans le rapport du 18 juin 2020 était toujours valable (doc. 463). 9.13. Quelques jours plus tard, le Dr F. _____ et la Dre G. _____ ont pris note du fait que les douleurs avaient disparu suite à l'infiltration du 11 août 2021 (rapport du 20 octobre 2021, doc. 466). Celles-ci seraient toutefois lentement réapparues un mois et demi après le traitement et se seraient accentuées après une marche en montagne qui aurait duré plus d'une heure et demi. Elles ne seraient toutefois pas comparables à celles ressenties avant l'infiltration.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 Les médecins ont ainsi renoncé à tout nouveau geste thérapeutique et ont conseillé au recourant d'adapter ses activités. Ils ont souligné qu'ils ne prévoyaient pas de le revoir, mais qu'ils restaient à disposition en cas d'évolution défavorable. Ils ont de plus attesté d'une incapacité de travail de 70% d'octobre à décembre 2021. 9.14. Le 27 octobre 2021, le Dr C. _____ a réitéré ses précédentes conclusions (doc. 467). 10. Discussion au sujet de la stabilisation de l'état de santé et de la capacité de travail résiduelle En l'espèce, il s'agit de déterminer si l'état de santé du recourant a subi une modification après une rechute annoncée à la Suva alors que celle-ci allait se prononcer sur le droit à la rente. 10.1. Comme relevé précédemment, la Suva a estimé en juillet 2020 que l'état de santé du recourant était stabilisé au 30 septembre 2020. Elle avait ainsi mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière, dans l'attente de statuer sur le droit à la rente. Le recourant n'a alors pas réagi. La Cour de céans, dans son arrêt 605 2021 127 précité, avait implicitement confirmé la stabilisation de l'état de santé - qui s'était amélioré - au 30 septembre 2020, considérant qu'à partir de cette dernière date, le recourant était en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée (en position assise ou debout permettant des déplacements en terrain stable, sans déplacement en terrain instable, sans montée ni descente répétitive d'escaliers, sans position accroupie ou à genou, sans travail sur les échafaudages, sans port de charge lourde, sans port de charge répétée au-delà de 10 kilos). L'arrêt n'ayant pas été contesté par le recourant, il est entré en force. Partant, il a déjà été établi que, au 30 septembre 2020, l'état de santé était stabilisé. Rien ne figurant au dossier n'est par la suite venu remettre en cause ce constat et notamment pas que, après l'annonce de rechute au mois de mars 2021, l'état de santé se serait modifié au point d'influencer la capacité de travail recouvrée. 10.2. Le fait que l'intéressé ait été opéré six mois plus tard, le 29 mars 2021, et qu'il ait subi une infiltration le 11 août 2021 n'est en effet pas de nature à inverser cette constatation. 10.2.1. L'opération du 29 mars 2021 avait pour seul but de débarrasser le recourant d'un névrome douloureux. Le Dr E. _____ a constaté une évolution favorable deux semaines plus tard et a confirmé en mai 2021 le « très bon effet » de la chirurgie, qui avait soulagé les douleurs. Il n'a préconisé aucun traitement particulier, a cessé d'attester une incapacité de travail et a confié son patient à un confrère pour le suivi. 10.2.2. L'infiltration réalisée le 11 août 2021 avait pour sa part pour objectif de soulager le recourant de douleurs d'allure mécanique.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 17 Celles-ci sont certes réapparues un mois et demi plus tard, mais sous une forme nettement moins intense. Les médecins ont ainsi renoncé à tout

nouveau geste thérapeutique et n'ont pas prévu de nouveaux rendez-vous médicaux. 10.2.3. Ces deux interventions avaient pour seul but de traiter les douleurs, au moins temporairement. Le recourant a ainsi été par la suite en mesure de faire une marche d'une heure et demie en montagne, ce dont il n'était plus capable après l'accident (cf. arrêt TC du 27 décembre 2021). Sa capacité de travail n'a, après cela, pas été sensiblement modifiée. En effet, aucun médecin n'a mentionné de nouvelles limitations ni d'amélioration sensible de la capacité de gain. Les Drs F. _____ et G. _____ ont certes attesté d'une incapacité de travail de 70% entre août et décembre 2021. Mais cette incapacité concerne très vraisemblablement l'activité habituelle du recourant, dans laquelle celui-ci travaille à nouveau à 30% alors même qu'elle n'est pas adaptée à ses troubles. Partant, au vu de ce qui précède, il peut être retenu que l'état de santé du recourant est bel et bien stabilisé depuis le 30 septembre 2020 déjà, à tout le moins dans le cadre d'une activité adaptée telle que celle décrite à cette époque. La décision attaquée, qui confirme cette stabilisation à terme de l'état de santé après l'annonce de la rechute, doit ainsi être confirmée sur ce point. On relèvera par ailleurs que la seule aggravation passagère de l'état de santé observé après l'annonce de la rechute a été couverte par l'octroi d'indemnités journalières. 10.3. Si, dans son mémoire, le recourant soutient que son état n'est pas stabilisé, c'est parce qu'il n'avait toujours pas retrouvé l'état de santé qui était le sien avant l'accident. Il se méprend visiblement sur la notion de stabilisation. Celle-ci n'implique en effet pas nécessairement une disparition totale des troubles causés par l'accident. Le fait qu'un état de santé soit stabilisé signifie uniquement que plus aucune amélioration notable de l'état de santé, respectivement de la capacité de gain, ne peut être attendue. Or, tel est bien le cas en l'espèce. Le recourant souffre certes encore aujourd'hui, notamment de douleurs qui peuvent être soulagées de manière au moins temporaire, mais on peut estimer que les séquelles résiduelles seront permanentes. Celles-ci n'empêchent toutefois pas le recourant, comme il a été dit, d'exercer une activité adaptée qui lui permettrait de mettre en valeur sa capacité de gain résiduelle en réduisant son dommage, conformément à son obligation d'assuré. 10.4. Au vu de ce qui précède, la requête relative à la mise en place d'une expertise visant à constater l'absence de stabilisation de l'état de santé doit être rejetée.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 11. Discussion au sujet du taux d'invalidité La Suva a retenu un revenu sans invalidité de CHF 106'039.- et un revenu avec invalidité de CHF 68'282.-. Elle est ainsi parvenue à la conclusion que le taux d'invalidité résultant de la perte de gain s'élevait à 36%. 11.1. Les montants retenus sont similaires à ceux qu'avaient retenus l'OAI dans son propre calcul au sujet de l'invalidité. Cette dernière autorité avait en effet estimé le revenu sans invalidité à CHF 105'229.15 et le revenu avec invalidité à CHF 67'766.40. Elle a ainsi fixé le taux d'invalidité à 35.60%. Les chiffres retenus par la Suva sont certes contestés par le recourant. Toutefois, dans la mesure où le taux d'invalidité retenu par cette autorité (35.61%, arrondi à 36%) est identique à celui auquel avait conclu l'OAI et qui avait été confirmé par la Cour de Céans par arrêt du 27 décembre 2021, il ne saurait être critiqué à tout le moins pas sur le principe. Partant, la décision est confirmée sur ce point également. 11.2. Une remarque doit tout de même être faite au sujet du revenu avec invalidité, que la Suva a fixé en se basant sur les données de l'ESS parce que le recourant ne mettait pas pleinement en valeur sa capacité de travail. Ce dernier conteste cette méthode, rappelant qu'il travaille actuellement en tant qu'administrateur de sa société, laissant entendre qu'il s'est auto-réadapté au sein de celle-ci. Une comparaison de revenus hypothétiques ne correspondrait ainsi pas, selon lui, à la réalité. Cette critique est toutefois injustifiée. Comme relevé ci-dessus, il est attendu des assurés souffrant de limitations qu'ils

réduisent leur dommage en cherchant un travail adapté et qu'ils mettent ainsi en valeur leur capacité de travail résiduel. Or, et comme cela ressort de l'arrêt TC FR 605 2021 127 précité, il a toujours été clairement établi que le recourant ne serait plus en mesure de travailler à plein temps et sans diminution de rendement dans son emploi habituel en raison des séquelles laissées par l'accident. Les médecins ont toutefois estimé qu'il pourrait travailler à plein temps dans une activité adaptée, et les autorités l'ont informé à plusieurs reprises qu'il devrait ainsi se tourner vers un autre emploi. Le recourant a cependant fait le choix de reprendre son activité précédente, au sein de sa société, à un taux de 30% seulement. Il a renoncé à travailler sur les chantiers pour s'occuper des seules tâches administratives, mais sans pour autant parvenir à augmenter de la sorte son revenu (cf. ch. 6 au sujet de la situation personnelle du recourant ; p. 12 du mémoire de recours). Ce choix lui appartient, mais il lui appartient d'en supporter les conséquences au plan des assurances. En effet, il ne saurait bénéficier d'une rente plus élevée pour compenser la perte de gain qu'il subit en choisissant de continuer à travailler à 30% seulement au sein de son entreprise, alors qu'il

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17 pourrait exercer ailleurs à 100% un emploi adapté (voire éventuellement à 70%, pour compléter les 30% de son activité actuelle). La Suva pouvait ainsi fixer un salaire d'invalidé hypothétique correspondant à ce que ce dernier pourrait gagner s'il diminuait son dommage. La décision doit ainsi, sur ce point également, être confirmée. 12. Discussion au sujet de la surindemnisation 12.1. La Suva a remis, avec sa décision du 19 avril 2021, un document exposant le calcul de surindemnisation. Elle a constaté qu'elle avait versé au recourant un montant de CHF 386'820.20 à titre d'indemnités journalières entre le 10 juillet 2015 et le 30 septembre 2020. L'OAI devant pour sa part verser une somme de CHF 263'328.- à titre de rente entre le 1er août 2016 et le 30 septembre 2020, c'est un total de CHF 650'148.20 qui a été alloué au recourant pour la période déterminante entre juillet 2015 et septembre 2020. Or, la perte de gain subie par le recourant entre le 7 juillet 2015 et le 30 septembre 2020 s'élevait à CHF 502'934.40. Partant, l'autorité a constaté l'existence d'une surindemnisation de CHF 147'213.80. Ce raisonnement ne peut être critiqué, à tout le moins pas sans allégations ni preuves. 12.2. Le recourant ne s'attarde d'ailleurs pas sur la question de la surindemnisation, se contentant de conclure à ce que la décision à ce sujet soit annulée. Il ne soutient notamment pas que les montants avancés par l'autorité seraient erronés. Ce dernier grief, qui relève là encore d'une contestation de principe, doit être rejeté. 13. Frais et indemnité de partie Au vu de tout ce qui précède, le recours est intégralement rejeté. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant ici gratuite. Par ailleurs, le recourant n'obtenant pas gain de cause ne saurait prétendre au versement d'une indemnité de partie.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg,

le 3 mai 2022/dhe Le Président : La Greffière :

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