



**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
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2017 140

Arrêt du 29 mars 2019

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Marc Boivin
Juges : Daniela Kiener, Marc Sugnaux
Greffier-stagiaire : Federico Respini

Parties

Succession de feu A._____, **recourante**, agissant par
B._____

contre

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

Objet

Assurance-accidents – détermination de l'incapacité de travail
faisant suite à un accident, pour une période postérieure à la fin d'un
contrat de travail à 30% qui prenait en considération une incapacité
de travail préexistante de 70%

Recours du 16 juin 2017 contre la décision sur opposition du
18 mai 2017

considérant en fait

A. Feu A. _____ (l'assuré), né en 1950, était au bénéfice d'une rente entière de l'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 70%, lié à de multiples atteintes à la santé: hypertension artérielle, insuffisance rénale chronique, hernie hiatale non compliquée, gastrite chronique, leucémie myéloïde chronique, status post multiples interventions pour carcinome spinocellulaire moyennement différencié, multiples embolies pulmonaires bilatérales périphériques, status post thrombophlébite profonde poplitée droit, status post maladie diverticulaire sévère avec fistule sigmoïdo-vésicale avec laparotomie exploratrice avec hémicolectomie gauche cysectomie partielle et iléostomie de protection et mise en place d'une sonde vésicale (voir not. rapport dossier judiciaire, pièce 19).

Il a été victime d'une chute à son domicile le 22 juillet 2012, alors qu'il travaillait à 30% auprès de l'entreprise C. _____ S.A. Il ressort de la déclaration de sinistre du 30 juillet 2012 (dossier SUVA pièce 2) qu'en se levant du fauteuil du salon, il s'est pris les pieds dans sa couverture et est tombé au sol, subissant une fracture du col fémoral à droite, non déplacée. A la suite de cette chute, il a bénéficié d'une opération d'urgence réalisée le 24 juillet 2012, consistant en la pose d'une prothèse totale de hanche à droite.

B. Selon les certificats médicaux établis alors par le chirurgien traitant, l'assuré a été totalement incapable de travailler du 22 juillet 2012 au 31 octobre 2012, puis il a récupéré une capacité de travail de 50% sur son horaire habituel de 30% (dossier SUVA pièce 91).

Le contrat de travail conclu entre l'assuré et C. _____ S.A. a été résilié d'un commun accord avec effet au 31 décembre 2012.

L'assuré n'a ensuite pas repris d'activité professionnelle.

C. Par une première décision du 25 octobre 2012 (dossier SUVA p. 26), se fondant sur une appréciation médicale de son médecin d'arrondissement, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (SUVA) a refusé toute prestation au motif que l'atteinte à la santé subie par l'assuré n'était pas liée à la chute du 22 juillet 2012, mais à de nombreuses comorbidités existantes.

Suite à une opposition formulée le 23 novembre 2012 par l'assureur-maladie de l'assuré, la SUVA a requis un nouvel avis médical de son centre de compétence Médecine des assurances. Il ressort du rapport d'appréciation orthopédique établi le 4 octobre 2012 (dossier SUVA p. 34) que même si l'assuré souffrait de comorbidités annexes et présentait une fragilité osseuse entraînant un risque fracturaire augmenté, la fracture du col fémoral droit restait avant tout, selon les critères de la vraisemblance prépondérante, la conséquence d'une chute, de telle sorte qu'elle devait être prise en charge à ce titre sans restriction par la SUVA.

Dans la ligne du rapport du 4 octobre 2012, la SUVA a indiqué à l'assuré par courrier du 11 décembre 2012 (dossier SUVA p. 35) qu'elle prenait finalement en charge les suites de l'accident du 22 juillet 2012 et qu'elle lui allouait à nouveau les prestations d'assurance, sans autre précision.

La SUVA a versé à l'employeur de l'assuré des indemnités journalières de CHF 69.85 par jour calendaire, correspondant à son taux d'activité de 30%, à partir du 24 août 2012 jusqu'au 31 octobre 2012 (voir dossier SUVA p. 3 et 43). Elle a ensuite cessé le versement de ces

indemnités. Cela n'a toutefois pas eu d'impact sur l'assuré jusqu'à la fin de son contrat de travail le 31 décembre 2012, son employeur ayant continué jusqu'à cette date à verser un salaire correspondant à une activité de 30%, malgré la capacité de travail réduite à 50% de ce taux.

La SUVA a également pris en charge un traitement de physiothérapie de longue durée, ayant fait l'objet de prescriptions à partir du 9 octobre 2012 (dossier SUVA p. 41) à tout le moins jusqu'au 23 janvier 2017 (dossier SUVA p. 104), régulièrement approuvées par son médecin d'arrondissement (voir not. avis du 25 mars 2014 et du 14 juillet 2015; dossier SUVA p. 58, 72).

D. Par courrier du 10 novembre 2015 faisant suite à la transmission d'un rapport du chirurgien orthopédique traitant annonçant une intervention ambulatoire consistant en une infiltration locale prévue le 14 janvier 2016, la SUVA a sollicité de l'assuré qu'il fasse le nécessaire pour annoncer une « rechute » liée à l'accident du 22 juillet 2012 (dossier SUVA p. 75).

Puis, le 18 novembre 2015 après un entretien téléphonique avec l'assuré et un avis de son médecin d'arrondissement confirmant le lien entre les troubles de la jambe droite et l'accident en question, la SUVA a confirmé qu'elle prenait en charge les frais de traitement concernant l'accident en question (dossier SUVA p. 76). A cette occasion, elle a toutefois précisé qu'aucune indemnité journalière ne serait versée, affirmant que la période d'incapacité de travail était « inférieure aux trois jours du délai de carence ».

Le 19 février 2016, se référant au courrier de la SUVA du 18 novembre 2015, l'assuré a en particulier contesté que la période d'incapacité de travail était inférieure à trois jours (dossier SUVA p. 81). Produisant un certificat médical établi le 16 février 2016 par sa chirurgienne orthopédique traitante et faisant état d'une incapacité de travail à 100% dès le 22 juillet 2012, il a demandé à la SUVA de se déterminer sur son droit à des indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2012.

Par courrier du 11 novembre 2016, la SUVA a confirmé qu'elle ne pouvait pas verser d'indemnités journalières à partir du 1^{er} janvier 2013 (dossier SUVA p. 97). Elle a en particulier nié l'existence dès cette date d'une incapacité de travail, compte tenu des seules suites de l'accident et en relation avec l'activité administrative exercée. A cet égard, elle a relevé qu'aucun certificat d'incapacité de travail n'avait été établi à l'époque. Elle a ajouté qu'« en cas de rechute, le salaire perçu dans l'activité lucrative exercée juste avant la rechute était déterminant. Dans une telle situation, des indemnités journalières ne pouvaient être versées en l'absence d'activité lucrative et si la personne était bénéficiaire d'une rente de l'assurance sociale ».

Le 9 décembre 2016, l'assuré a contesté la position de la SUVA. Il a sollicité de celle-ci qu'elle rende une décision reconnaissant son droit à des indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2012 jusqu'à la stabilisation de son cas, puis à une rente d'invalidité, ainsi que son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. Par décision du 20 mars 2017 (dossier SUVA p. 106), après avoir requis une nouvelle fois l'avis de son médecin d'arrondissement (dossier SUVA p. 102), la SUVA a confirmé sa position et nié à l'assuré le droit à des indemnités journalières.

Le 12 avril 2017, l'assuré a formé opposition contre cette décision et repris les conclusions formulées dans son courrier du 9 décembre 2016 (dossier SUVA p. 108). Il a en particulier indiqué qu'il avait tenté une reprise du travail à 15% le 5 novembre 2012, conformément au certificat de travail établi par son médecin traitant, en se déplaçant avec des béquilles, et qu'il a dû constater qu'il ne pouvait plus continuer à effectuer les tâches physiques nécessaires à l'accomplissement de ses tâches administratives. Il se trouvait ainsi dans l'incapacité de poursuivre l'activité exercée lors

de la survenance de son accident, ce qui justifiait selon lui que des indemnités journalières lui soient versées au-delà du 31 décembre 2012 et qu'il soit ensuite statué sur son droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Statuant sur opposition le 18 mai 2017, la SUVA l'a rejetée, confirmant implicitement sa décision du 20 mars 2017. Se référant notamment au dernier avis de son médecin d'arrondissement rendu en 2017 sur la base des documents médicaux figurant au dossier, elle a retenu pour l'essentiel que l'assuré était dès le 1^{er} janvier 2013 apte à travailler en plein, dans la profession habituelle et largement sédentaire, exercée à 30%. Il n'existait dès lors pas de droit au versement d'indemnités journalières dès cette date. Quant au droit éventuel à d'autres prestations, notamment une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle, il ne pourrait exister qu'au moment de la stabilisation de l'état de santé.

F. Par recours de droit administratif adressé le 16 juin 2017 au Tribunal cantonal, l'assuré a repris une nouvelle fois les conclusions déjà formulées dans son courrier du 9 décembre 2016, puis dans son opposition du 12 avril 2017. A l'appui de celles-ci, il a réaffirmé pour l'essentiel que son activité exercée à 30% comportait certaines sollicitations physiques, plus particulièrement des déplacements pour visiter des ouvrages, nécessaires à l'accomplissement de son activité de bureau. Il a contesté ainsi l'avis médical selon lequel il aurait été apte à travailler à 30% dans son ancienne activité dès le 1^{er} janvier 2013. A cet égard, il a relevé au contraire qu'il n'a jamais retrouvé sa mobilité d'avant l'accident et qu'il a dû suite à celui-ci se déplacer avec des béquilles. C'est ainsi pour des raisons médicales qu'il avait été mis fin d'un commun accord aux rapports de travail qui n'étaient plus adaptés à son état de santé.

Le 5 septembre 2017, agissant par son mandataire, la SUVA a déposé ses observations, concluant au rejet du recours. A leur appui, elle a repris pour l'essentiel sa position selon laquelle l'assuré était capable de travailler à 30% dans son activité habituelle dès le 1^{er} janvier 2013.

G. Le 7 décembre 2017, B. _____, fille de l'assuré, a annoncé au Tribunal cantonal que son père était décédé le 20 octobre 2017.

Le 15 janvier 2018, interpellées sur ce point par le Juge délégué à l'instruction de la cause, B. _____ et sa sœur D. _____ ont indiqué qu'elles souhaitaient poursuivre la procédure en leur nom.

H. Par courrier du 29 octobre 2018, le juge délégué à l'instruction a informé les parties que, prenant en considération le décès survenu en cours de procédure et l'ensemble des circonstances particulières que présentait cette situation, il allait procéder à une séance de débats d'instruction ayant pour objet une tentative de conciliation. Cette séance a eu lieu le 29 novembre 2018. A l'issue de celle-ci, il a été constaté que la conciliation n'avait pas abouti en l'état. D'entente entre les parties, un délai a toutefois été imparti à la SUVA pour formaliser une offre transactionnelle.

Le 6 février 2019, la SUVA a formulé une offre transactionnelle à teneur de laquelle elle proposait de prendre en charge l'incapacité de travail, quand bien même celle-ci n'était selon elle pas attestée médicalement, par le versement d'indemnités journalières au taux de 30% pour la période du 1^{er} janvier 2013 au 19 juin 2013, soit pendant 170 jours, ce qui représentait un montant de CHF 11'874.50, plus intérêts. Elle a également produit avec cette offre un nouveau rapport daté du 10 janvier 2019, établi par le médecin spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, membre de son Centre de compétence en médecine des assurances.

Se déterminant de façon circonstanciée le 27 février 2019, B. _____ et D. _____ ont refusé l'offre formulée. Elles ont précisé leurs conclusions, demandant le versement des indemnités journalières pour la période du 1^{er} janvier 2013 jusqu'à la date du décès de leur père, ainsi que le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité « au taux minimal prévu par la table applicable en la matière par la CNA », le tout avec un intérêt moratoire de 5%.

Par courrier du 5 mars 2019, le Juge délégué à l'instruction a pris acte de l'échec de la tentative de conciliation et des pourparlers transactionnels.

Les faits et arguments présentés par les parties seront abordés en détail, si nécessaire, dans les considérants en droit qui suivent.

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 sur opposition attaquée, le recours est recevable.

Suite au décès de l'assuré, la procédure est poursuivie par sa succession, soit ses deux filles.

2.

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

Selon l'art. 4 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou entraîne la mort.

2.2. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 21 al. 3 1^{ère} phr. LAA; art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]).

D'après la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a, 118 V 296 consid. 2c et les références citées).

3.

Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical, à l'indemnité journalière, à la rente d'invalidité ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).

3.1. Conformément à l'art. 10 al. 1 et à l'art. 54 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a). Ce droit s'étend à toutes les mesures qui visent une

amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. La preuve que la mesure envisagée permettra d'atteindre cet objectif doit être établie avec une vraisemblance suffisante; elle est rapportée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêt TF 8C_584/2009 du 2 juillet 2010 et les références citées).

3.2. Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). 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 (al. 2).

3.3. 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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

A teneur de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

3.4. En vertu de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré a en outre droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si, par suite de l'accident, il souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique. 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 [RS 832.202; OLAA]).

3.5. L'art. 19 LAA délimite, d'un point de vue temporel, le droit au traitement médical et à l'indemnité journalière, d'une part, et le droit à la rente d'invalidité et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, d'autre part, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêt TF U 305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 et ATF 134 V 109 consid. 4.3).

Selon l'art. 19 al. 1 1^{ère} phr. 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.

Selon l'art. 19 al. 1 2^{ème} phr. LAA, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Il 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 (arrêt TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.2 et les références citées).

4.

En ce qui concerne la preuve, le tribunal des assurances sociales 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 tribunal doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (arrêt TF 9C_189/2015 du 11 septembre 2015 consid. 5.1 et les références citées).

4.1. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes, mêmes faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (arrêt TF 8C_622/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et la référence citée).

4.2. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêts TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4, 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1 et les références citées).

5.

Il a été admis par courrier du 11 décembre 2012 (voir partie en fait, let. C) que l'atteinte à la santé subie par l'assuré suite à la chute survenue le 22 juillet 2012, à savoir la fracture du col fémoral droit, a constitué un accident non-professionnel couvert par l'assurance-accidents.

Le droit à des prestations médicales suite à cet accident n'est pas non plus contesté (voir partie en fait, let. C).

Par ailleurs, les pièces du dossier permettent de retenir comme établi que suite à l'accident du 22 juillet 2012, l'assuré a bénéficié sans interruption d'un suivi médical et de séances régulières de physiothérapie prises en charge par l'assurance-accidents, de telle sorte que des problématiques liées à l'existence de rechutes, voire de séquelles tardives au sens des art. 21 al. 3 1^{ère} phr. LAA et 11 OLAA ne se posent pas. Le fait que la SUVA a fait référence à plusieurs reprises en cours de procédure à l'existence d'une rechute à partir de 2015 (voir en fait, let. D.) n'y change rien, ce d'autant moins qu'il n'en est plus question dans la décision sur opposition du 18 mai 2017.

Est par contre notamment litigieuse la question du droit à des indemnités journalières. A cet égard, la SUVA affirme que ce droit a cessé au plus tard au 31 décembre 2012, l'assuré ayant recouvré à tout le moins au 1^{er} janvier 2013 la capacité de travail de 30% qu'il avait avant l'accident dans l'exercice de son activité professionnelle habituelle. Quant à l'assuré, il a contesté de façon constante cette affirmation, soutenant qu'il n'a au contraire jamais récupéré la capacité de travail qu'il avait avant l'accident.

Cette question, plus spécifiquement celle de la capacité de travail de l'assuré à partir du 1^{er} janvier 2013, doit être examinée en premier lieu.

5.1. L'indemnité journalière vise à compenser la perte de salaire découlant de l'incapacité de travail. Elle est en principe calculée de manière abstraite et allouée indépendamment de la perte de gain réellement subie par l'assuré durant la période d'incapacité de travail. Une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, pour cause d'atteinte à la santé, elle ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore seulement avec le risque d'aggraver son état. Elle s'apprécie en principe sur la base de données médicales et en fonction de la profession exercée jusqu'alors par l'assuré (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, in SBVR Soziale Sicherheit/Sécurité sociale, p. 973 n. 211 s. et les références citées).

En cas d'incapacité durable dans l'ancienne profession, l'assuré est en revanche tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle. L'assureur doit alors enjoindre à l'intéressé de changer d'activité et lui impartir un délai pour s'adapter aux nouvelles circonstances et chercher du travail ; il reste tenu de verser les indemnités journalières pendant cette période. Le délai dans lequel l'assuré doit chercher une activité dans un autre domaine ou secteur professionnel doit être apprécié selon les circonstances du cas particulier. A cet égard, le délai de trois à cinq mois ressortant de la jurisprudence en matière d'assurance-maladie paraît trop court dans le système de prestations de l'assurance-accidents. En effet, le droit à l'indemnité journalière s'éteint (notamment) au moment de la naissance du droit à une rente, naissance qui est elle-même subordonnée à la condition que l'état de santé de la personne assurée se soit stabilisé. Or, on ne saurait guère exiger de celle-ci qu'elle change de profession avant que son état ne soit stable (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, n. 213 s. et les références citées).

Enfin, lorsque la personne assurée exerçait une activité à temps partiel avant la survenance de l'évènement accidentel, le taux d'incapacité de travail est calculé en fonction du taux de cette activité (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, n. 215).

5.2. En l'espèce, avant l'accident du 22 juillet 2012, en raison d'atteintes à la santé préexistantes, l'assuré disposait, d'une capacité de travail réduite à 30% dans l'emploi qu'il exerçait. Pour déterminer si l'accident a eu pour effet une réduction supplémentaire de sa capacité de travail, il convient dans un premier temps d'établir quelles étaient les tâches qu'il accomplissait alors, puis d'examiner si et, cas échéant, dans quelle mesure il pouvait encore les assumer suite à l'accident, en distinguant au besoin les périodes.

5.2.1. Tâches accomplies avant l'accident.

Selon les indications constantes de l'assuré ressortant notamment de son mémoire de recours, l'emploi exercé avant l'accident consistait notamment à établir des offres, des décomptes, des métrages et des factures finales en lien avec des travaux de construction. Pour établir les offres, il était nécessaire de faire une visite sur place pour déterminer les accès, examiner l'état de l'ouvrage en cas de travaux de réparation et établir des relevés. Il était impératif que la même

personne visite l'objet, prene les mesures et établisse l'offre. Les visites d'ouvrages pouvaient selon les cas durer une heure ou s'étendre sur plusieurs journées. Les conditions d'accès impliquaient parfois des sollicitations physiques et une marche en terrain irrégulier et accidenté. Tel a notamment été le cas en 2010 pour la vérification effectuée en deux jours de tous les socles de pylônes d'une ligne à haute tension. Selon la liste de visites produite, l'assuré en a effectué, pour un taux d'activité de 30%, 34 en 2009, 26 plus la ligne à haute tension déjà mentionnée en 2010, 61 en 2011 et 25 en 2012 avant son accident.

La SUVA retient quant à elle dans sa décision sur opposition que l'assuré occupait avant son accident un emploi principalement administratif, assistant le directeur en réalisant des tâches de calculation et d'établissement d'offres qu'il pouvait accomplir dans les locaux de l'entreprise, dans un bureau situé au rez-de-chaussée. Elle précise que l'assuré « n'était amené que très rarement à se rendre à l'extérieur au moyen de son véhicule privé auprès des clients de l'entreprise, du moins uniquement auprès de clients dont [le directeur] connaissait les conditions d'accès et qui ne demandaient pas de sollicitations particulières physiques ou de marche en terrain inégaux ». Elle se réfère en cela à un procès-verbal d'entretien du 28 septembre 2016 dans les locaux de l'ancien employeur entre deux représentants de celui-ci et le gestionnaire du cas auprès de la SUVA (dossier SUVA p. 90).

Il ressort de ce qui précède que les descriptions des tâches faites par l'assuré et la SUVA se rejoignent sur le point qu'une partie importante de l'activité avant l'accident était constituée de travaux administratifs effectués au bureau et ne nécessitant pas de déplacement ou d'effort particulier.

Quant aux tâches accomplies à l'extérieur du bureau, l'assuré les a décrites en donnant certaines précisions, notamment en lien avec le nombre de déplacements effectués par année, rendant très vraisemblable qu'elles n'étaient pas seulement effectuées à titre exceptionnel, qu'elles faisaient au contraire partie intégrante de son cahier des charges et qu'elles nécessitaient parfois des déplacements peu aisés. A cet égard, la position de la SUVA est plus ambiguë. En effet, elle ne se détermine à aucun moment précisément ni sur le nombre conséquent de déplacements allégué par l'assuré, ni sur les conditions d'accès aux ouvrages visités. Elle se limite au contraire à la simple affirmation reprise du procès-verbal précité et formulée en des termes plutôt vagues, selon laquelle de tels déplacements n'auraient eu lieu que très rarement et, du moins, en des endroits aisés d'accès. Dans ces conditions, en l'absence de véritable contestation des éléments précis apportés par l'assuré, c'est la version de celui-ci qui paraît la plus vraisemblable. Il sera dès lors retenu comme suffisamment établi que son cahier des charges l'amenait régulièrement, avant l'accident, dans le cadre de son activité exercée à 30% compte tenu des nombreuses atteintes à la santé préexistantes, à effectuer également des déplacements sur les lieux de futurs chantiers, avec des conditions d'accès pas toujours aisées.

5.2.2. Capacité de travail après l'accident jusqu'au 31 décembre 2012.

Il est admis qu'après la chute du 22 juillet 2012 et l'intervention chirurgicale qui a suivi, l'assuré a été totalement incapable de travailler jusqu'au 31 octobre 2012.

Selon un certificat médical du 9 octobre 2012 établi par son chirurgien traitant (dossier SUVA p. 91), il a ensuite recouvré une capacité de travail de 50% de son horaire de 30%.

Pour la période du 1^{er} novembre 2012 au 31 décembre 2012, cette capacité de travail partielle semble être admise par la SUVA qui, dans sa décision sur opposition, fait référence au certificat du 9 octobre 2012, sans formuler de remarque particulière. Elle est également confirmée par l'assuré,

qui indique dans son recours avoir tenté une reprise du travail le 5 novembre 2012 à 15% en se déplaçant avec des béquilles. Enfin, le procès-verbal d'entretien précité du 28 septembre 2016, ainsi que les autres renseignements fournis par l'ancien employeur le même jour, semblent également aller dans le sens d'une capacité de travail partielle pour ces deux mois. Certes, il en ressort que les heures de travail ont été « imputées sur la base d'un taux de travail de 30% ». Toutefois, l'ancien employeur indique également que l'assuré n'a pas rempli de rapports de travail pour cette période et que « dans le cadre de son taux d'activité et suite à son accident, les problèmes de mobilité, les déplacements avec des trajets limités et possibles que sur de courtes distances ont encore diminué [sa] capacité de travail ».

5.2.3. Capacité de travail à partir du 1^{er} janvier 2013.

Le contrat de travail avec son ancien employeur ayant été résilié d'un commun accord pour le 31 décembre 2012, l'assuré n'a plus repris d'emploi par la suite. A partir du 1^{er} janvier 2013, il s'agit dès lors d'apprécier sa capacité de travail sur la base de données médicales et en fonction de l'activité professionnelle habituelle exercée jusqu'alors (voir ci-dessus consid. 5.1).

Pour la période à partir du 1^{er} janvier 2013, la SUVA considère que l'assuré a recouvré sa capacité de travail de 30% antérieure à l'accident.

Elle appuie pour l'essentiel sa position sur un rapport d'appréciation médicale du 23 janvier 2017 de Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement suppléant (dossier SUVA p. 102), ainsi que, en dernier lieu, sur un nouveau rapport d'appréciation médicale établi le 10 janvier 2019 par Dre F._____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, médecin auprès de son centre de compétence Médecine des assurances (dossier judiciaire, pièce 16).

Se référant en particulier aux rapports médicaux établis en janvier 2013, juin 2013, octobre 2013 et janvier 2014 par Dr G._____, médecin-chef auprès de la clinique de chirurgie orthopédique de H._____, chirurgien traitant, les deux spécialistes consultés par la SUVA font ressortir en substance que l'assuré ne présente pas une gêne fonctionnelle en ce qui concerne la hanche, qu'il n'y a pas de douleur à la mobilisation de celle-ci et pas de signe de descellement ou d'usure de la prothèse et qu'il souffre de multiples atteintes à la santé parmi lesquelles des douleurs dues à des lombalgies chroniques et un problème arthrosique du genou droit, ainsi que des troubles vasculaires au niveau des membres inférieurs.

Ils en retiennent qu'à partir du début de l'année 2013 (selon Dr E._____), au plus tard dès le 19 juin 2013 (selon Dre F._____), il n'existait plus d'incapacité de travail, en lien de causalité avec l'accident et la pose d'une prothèse totale de hanche à droite, dans une activité essentiellement administrative. Il est essentiel déjà à ce stade de relever que cette appréciation est très largement fondée sur la description de l'ancienne activité professionnelle de l'assuré telle qu'elle ressort du rapport d'entretien du 21 juin 2012 (voir ci-dessus consid. 6.2.1.). L'influence de cette description ressort en particulier très clairement du rapport de Dre F._____ (p. 7) qui rappelle d'abord que, lors du port d'une prothèse totale de hanche, les marches en terrain irréguliers, la montée et descente répétée des escaliers, voire d'échafaudages est à éviter, avant de postuler que l'assuré exerçait principalement une profession sédentaire pour conclure finalement que cette activité n'est en rien limitée par la présence d'une prothèse de hanche.

L'appréciation des deux spécialistes consultés par la SUVA, reprise par celle-ci, ne résiste toutefois pas à la confrontation avec d'autres éléments du dossier:

- Certes, le certificat médical établi le 16 février 2016 par Dr I. _____, cheffe de clinique adjointe auprès de la clinique de chirurgie orthopédique de H. _____, chirurgien traitant, attestant une incapacité de travail de 100% dès le 22 juillet 2012, ne constitue à l'évidence pas un élément de preuve déterminant. En effet, une telle incapacité totale, attestée plusieurs années plus tard, est en contradiction avec la capacité partielle admise à partir du 1^{er} novembre 2012 par le chirurgien traitant précédent et n'est par ailleurs étayée par aucun argument.
- Par contre, sur le plan des données médicales, outre les éléments repris par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le chirurgien qui a opéré l'assuré et assuré le suivi médical de cette intervention a également mentionné dans ses rapports la proposition thérapeutique d'un traitement de physiothérapie avec école de la marche « pour que le patient puisse marcher au moins 50 m. à 100 m. sans prendre les béquilles » (voir rapport du 16 janvier 2013, dossier SUVA p. 44), puis pour résoudre le problème du « manque de force des abducteurs de la hanche et aussi [du] manque de flexion complète » (rapport du 19 juin 2013, dossier SUVA p. 55), puis encore pour pallier un « raccourcissement musculaire, surtout du côté antérieur, donc des fléchisseurs de la hanche (physiothérapie de stretching intensive) (rapport du 20 mai 2015, dossier SUVA p. 70). Ces propositions de traitement de physiothérapie, par ailleurs pris en charge par l'assurance-accident en lien avec la chute subie par l'assuré, constituent des données médicales importantes qui attestent de la persistance d'une atteinte à la hanche et de difficultés de mobilité après le 1^{er} janvier 2013. Il y a dès lors lieu de les ajouter aux seuls constats repris par Dr E. _____, à savoir qu'il n'existe pas de gêne fonctionnelle en ce qui concerne la hanche, qu'il n'y a pas de douleur à la mobilisation de celle-ci et pas de signe de descellement ou d'usure de la prothèse.
- Enfin et surtout, comme il a été vu ci-dessus, l'appréciation des médecins consultés par la SUVA fait uniquement référence à la description de l'ancienne activité professionnelle de l'assuré telle qu'elle ressort du rapport d'entretien du 21 juin 2012, à savoir une activité essentiellement administrative. Or, il a déjà été retenu (consid. 5.2.1) que son cahier des charges l'amenait régulièrement, avant l'accident, à effectuer également des déplacements sur les lieux de futurs chantiers, avec des conditions d'accès pas toujours aisées.

Il résulte de ce qui précède que, compte tenu en particulier de la faiblesse musculaire qui a persisté au-delà du 1^{er} janvier 2013 suite à l'opération de la hanche subie en 2012, ainsi que de l'activité professionnelle habituelle de l'assuré qui comprenait également des déplacements, celui-ci n'avait pas récupéré dès cette date la capacité de travail de 30% qui était la sienne dans cette activité avant l'accident. Au contraire, il subsistait dès lors une incapacité de travail liée à l'accident, réduisant sa capacité de travail résiduelle à un taux inférieur à 30%,

Si tel n'était pas le cas, on comprendrait du reste mal, au-delà des constats médicaux, pour quelles raisons l'assuré aurait accepté la résiliation de son contrat de travail d'un commun accord avec effet au 31 décembre 2012, soit au moment même où il aurait à nouveau été en mesure d'exercer son activité professionnelle dans les mêmes conditions qu'avant l'accident. A cet égard, l'assuré affirme du reste lui-même de façon crédible, sans que cela soit contesté par la SUVA, qu'il aurait pu prendre une retraite à 58 ans, lorsqu'il a cédé son entreprise en 2008, mais qu'il a poursuivi son travail avec plaisir jusqu'en 2012, avant d'y renoncer en raison des suites de l'accident, à la demande de son employeur. Le fait que cet accord de résiliation est intervenu en raison de l'incapacité de l'assuré à poursuivre l'activité habituelle qu'il exerçait à 30% avant l'accident est ainsi hautement vraisemblable.

En conséquence, les conditions d'un droit à une indemnité journalière à partir du 1^{er} janvier 2013 sont remplies.

A cet égard, il n'est pas déterminant que l'assuré n'ait fait valoir un tel droit qu'au début de l'année 2016, au moment où il s'est rendu compte que la perception de sa rente de l'assurance-invalidité n'excluait pas un droit à une indemnité journalière de l'assurance-accidents. En effet, il appartenait bien plus à la SUVA, dans le cadre de son devoir d'instruire la cause d'office, de vérifier si l'incapacité de travail subie par l'assuré avait effectivement pris fin au même moment que la fin de son contrat de travail, où si elle avait au contraire perduré au-delà.

Il reste ainsi à déterminer le taux d'incapacité de travail sur lequel l'indemnité journalière doit être calculée, ainsi que la durée de son versement.

5.3 S'agissant d'abord du taux d'incapacité de travail déterminant, la Cour considère comme plausible que l'incapacité de travail due aux suites de l'accident se soit maintenue au taux de 15% à partir du 1^{er} janvier 2013. Elle se fonde en cela sur le certificat médical du chirurgien traitant établi le 9 octobre 2012 et sur les autres arguments qui l'ont conduit à retenir l'existence d'une capacité de travail de 50% sur la base d'un taux d'activité avant l'accident de 30% pour les mois de novembre et décembre 2012 (consid. 5.2.2).

Toutefois, en l'absence de rapport médical probant à cet égard, il n'appartient pas à la Cour de confirmer une telle estimation.

La question de l'opportunité d'un renvoi de la cause à la SUVA, alors que l'assuré est décédé, que les prestations portent sur une période largement échue et que la SUVA a d'ores et déjà demandé deux rapports d'appréciation médicale à ses médecins, se pose sérieusement. C'est du reste afin d'éviter un tel renvoi que les parties ont été citées à une séance de conciliation dans le but de trouver une solution transactionnelle au litige. Toutefois, cette démarche n'ayant pas permis d'aboutir un accord et le dossier n'étant pas suffisamment instruit, la Cour n'a désormais plus d'autre alternative.

La cause devra en conséquence être renvoyée à la SUVA pour nouvelle appréciation médicale et nouvelle décision sur la question du taux d'incapacité de travail due aux suites de l'accident à partir du 1^{er} janvier 2013.

Il est précisé que l'appréciation médicale et la décision à rendre devront prendre en considération que l'activité habituelle que l'assuré exerçait avant l'accident dans la mesure de sa capacité de travail résiduelle de 30% n'était pas uniquement sédentaire, mais l'amenait également régulièrement à effectuer des déplacements sur les lieux de futurs chantiers, avec des conditions d'accès pas toujours aisées.

5.4. Quant à la période sur laquelle doit porter le versement de l'indemnité journalière, il faut d'emblée constater qu'en l'absence de tout avis de la SUVA enjoignant l'assuré à changer d'activité professionnelle, respectivement à chercher un emploi adapté aux circonstances dues aux nouvelles limitations de son état de santé, la durée du versement ne peut en tout état de cause pas être réduite en vertu du devoir de l'assuré de réduire son dommage.

Conformément aux principes rappelés ci-dessus (consid. 5.1), c'est bien plus le moment où l'état de santé de l'assuré pouvait être considéré comme stabilisé, du point de vue des conséquences de l'accident et de la pose de la prothèse totale de hanche à droite, qui doit être considéré comme déterminant pour fixer la durée du droit à l'indemnité journalière.

Il ressort de la décision attaquée que ce moment n'a pas encore été fixé, en dépit de l'avis du 7 novembre 2016 du médecin d'arrondissement qui relève qu'une durée de quatre ans s'est écoulée depuis l'accident et la pose de la prothèse (dossier SUVA p. 96).

Certes, dans son rapport d'appréciation médicale du 10 janvier 2019 annexé à l'offre transactionnelle du 6 février 2019 (p. 7 et 8), Dre F. _____ retient que la situation médicale est stabilisée au plus tard dès le 19 juin 2013 (soit le lendemain d'une consultation auprès de Dr G. _____, voir ci-dessus consid. 5.2.3) pour les seules suites de l'accident du 21 juillet 2012 (fracture du col fémoral droit avec mise en place d'une prothèse totale de hanche). Un tel avis médical, au demeurant peu étayé quant au choix de la date retenue, ne saurait toutefois être assimilé à une décision. Par ailleurs, dans leur détermination du 27 février 2019, B. _____ et D. _____ contestent toute stabilisation de l'état de santé avant le décès de leur père le 20 octobre 2017, en relevant entre autres que celui-ci a longtemps suivi un traitement de physiothérapie en lien avec l'opération de pose de prothèse de hanche et que ce traitement a été pris en charge par la SUVA.

Il appartiendra dès lors également à la SUVA, dans le cadre de la nouvelle décision qu'elle est appelée à rendre, de déterminer si l'état de santé de l'assuré pouvait être considéré comme

stabilisé – du point de vue des conséquences de l'accident et de la pose de la prothèse totale de hanche à droite – avant le décès de celui-ci le 20 octobre 2017 et, cas échéant, de fixer le moment de cette stabilisation.

5.5. Sur le vu de ce qui vient d'être exposé, le recours sera admis et la cause renvoyée à la SUVA pour qu'elle requiert un nouvel avis médical prenant en considération l'ensemble des données médicales ressortant du dossier, qu'elle procède ensuite à une nouvelle évaluation de la capacité de travail partielle, respectivement de l'incapacité de travail supplémentaire de l'assuré à partir du 1^{er} janvier 2013, en prenant en considération l'ensemble des tâches de l'activité professionnelle habituelle que l'assuré exerçait avant son accident, et qu'elle fixe enfin sur cette base l'indemnité journalière à laquelle il a droit.

Dans sa nouvelle décision, la SUVA déterminera si l'état de santé de l'assuré pouvait être considéré comme stabilisé – du point de vue des conséquences de l'accident et de la pose de la prothèse totale de hanche à droite – avant le décès de celui-ci le 20 octobre 2017 et, cas échéant, elle fixera le moment de cette stabilisation. La réponse à cette question définira la durée du versement de l'indemnité journalière.

6.

L'assuré a conclu également à ce qu'il soit statué sur le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accident et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle. Dans la mesure où elles contestent désormais toute stabilisation de l'état de santé avant le décès survenu le 20 octobre 2017, B. _____ et D. _____ ne concluent plus au versement d'une rente, mais maintiennent la conclusion relative à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle.

Comme le relève la SUVA dans sa décision sur opposition, l'examen de tels droits dépend directement du moment où l'état de santé de l'assuré pouvait être considéré comme stabilisé s'agissant des conséquences de l'accident et de la pose de la prothèse totale de hanche à droite (ci-dessus consid. 3.5). La cause sera dès lors sur ces points aussi renvoyée à la SUVA pour qu'elle statue dans le cadre de la nouvelle décision qu'elle sera amenée à rendre.

7.

Il ne peut qu'être réaffirmé que la solution consistant à renvoyer le dossier à l'assureur-accident, prolongeant d'autant la procédure, est regrettable. En l'absence de succès des démarches transactionnelles entreprises, vu le nombre de questions qui restent ouvertes et l'état du dossier qui ne permet pas de les résoudre sans procéder à des mesures d'instruction complémentaires, la Cour constate toutefois qu'elle ne peut l'éviter.

8.

En application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière (art. 61 let. a LPG), il n'est pas perçu de frais de justice.

L'assuré n'ayant pas été représenté par un mandataire, il n'est pas alloué de dépens.

la Cour arrête :

- I. Le recours est admis. Partant, la décision sur opposition est annulée et la cause renvoyée à la SUVA pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- 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 29 mars 2019/msu

Le Président :

Le Greffier-stagiaire :