

200.2019.254/521.LAA

N° AVS
BCE/REN

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 5 mars 2021

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, juges
C. Wagnon-Berger, greffière

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

Suva
Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6004 Lucerne
représentée par Me C. _____
intimée

relatif à une décision sur opposition du 27 février 2019 (procédure n° 200.2019.254) ainsi qu'une décision sur opposition du 28 mai 2019 (procédure n° 200.2019.521)



En fait:

A.

A._____, né en 1980, de nationalité D._____, au bénéfice d'un permis C et père de deux enfants mineurs, a travaillé depuis le 1^{er} juillet 2011 en qualité de machiniste de chantier à un taux de 100% (activité principale) ainsi que depuis le 1^{er} janvier 2014 en tant que concierge pour le compte d'une société active dans le domaine de l'immobilier (activité accessoire). A cet égard, il était assuré par ses deux employeurs auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: Suva ou l'intimée). Par déclaration d'accident du 7 octobre 2015, l'assuré, par son employeur principal, a annoncé à la Suva qu'il avait subi un accident (non-professionnel) de voiture le 5 octobre 2015, lors duquel son véhicule avait été percuté frontalement par une voiture et lui ayant occasionné des fractures au bassin. Une incapacité de travail à 100% a été attestée dès le jour de l'accident et les diagnostics de polytrauma avec fracture-luxation postérieure de la hanche droite, fracture comminutive distale intra-articulaire ouverte de l'EDR à droite, fracture oblique du 4^{ème} MC à droite, fracture avulsion de l'os triquetrum à droite, fracture des 1-9^{ème} côtes à droite avec hémopneumothorax et fractures des processus transverses des corps vertébraux L1-L4 gauche et L4 à droite ont été posés.

Par courrier du 5 novembre 2015, la Suva a informé l'assuré qu'elle prenait en charge les suites de l'accident non professionnel et qu'elle lui accordait le droit à l'indemnité-journalière (IJ) en ce qui concernait l'activité principale sur la base d'une incapacité de travail de 100%, puis, par courrier du 29 décembre 2016, qu'elle lui allouait 90% de l'IJ pour la perte de gain de l'activité accessoire (avec effet au 8 octobre 2015). Par décision du 3 mai 2017, l'intimée a reconsidéré sa décision du 5 novembre 2015 au motif que l'assuré avait commis une faute grave par le fait d'avoir omis d'attacher la ceinture de sécurité avant l'accident de circulation du 5 octobre 2015. Par conséquent, la Suva a demandé la restitution du montant des IJ versées à tort, soit la différence entre le montant des IJ versées et des IJ réduites en raison de la faute grave (réduction de 10%). L'assuré, par le biais de son

mandataire, a informé l'intimée dans un courrier du 16 mai 2017 qu'il renonçait à s'opposer à la décision du 3 mai 2017.

B.

Par courrier du 18 septembre 2018, E. _____ SA a transmis à l'intimée un rapport d'observation du 14 mai 2018 (ainsi que des vidéos) en lui indiquant que, sur cette base, elle doutait des prétendues limitations de l'assuré et donc de l'incapacité de travail en résultant. A cet égard, la Suva a signifié à l'assuré, dans un courrier du 23 octobre 2018, qu'elle était en possession dudit rapport d'observation et a octroyé à l'intéressé un délai pour prendre position. Ce dernier s'est exprimé, par son mandataire, le 8 novembre 2018. Suite à la transmission du rapport d'observation du 14 mai 2018, la Suva a soumis l'intéressé à un examen par le médecin d'arrondissement qui s'est déroulé le 10 décembre 2018 et dont le rapport a été établi le 12 décembre 2018. S'appuyant sur ledit rapport médical, l'intimée a rendu une décision le 30 janvier 2019 dans laquelle elle a reconnu l'assuré apte au travail à 100% depuis le 30 avril 2018 s'agissant de l'activité accessoire et à 88% dans le cadre de l'activité principale depuis la même date. De ce fait, elle a demandé la restitution des IJ versées à tort depuis le 30 avril 2018, soit un montant total de Fr. 35'991.- (Fr. 33'045.50 s'agissant de l'activité principale et Fr. 2'945.50 s'agissant de l'activité secondaire). En d'autres termes, la Suva a retenu une incapacité de travail de 12% dans l'activité de machiniste et a, sur cette base, reconnu à l'assuré le droit à l'IJ correspondant dès le 1^{er} mai 2018. L'intéressé, toujours représenté, a formé opposition le 21 février 2019 contre cette décision de révision et de restitution. La Suva a confirmé son prononcé initial par décision sur opposition du 27 février 2019 et a par ailleurs précisé qu'un éventuel recours contre ladite décision sur opposition n'aurait aucun effet suspensif, hormis s'agissant la demande de restitution. Le même jour, l'intéressé a informé la Suva que ses médecins traitants avaient attesté d'une incapacité de travail à 100% dès le 25 février 2019 et qu'une opération visant la pose d'une prothèse de la hanche était envisagée. Dans un courrier du 13 mars 2019, l'assuré a invité l'intimée à

considérer l'incapacité de travail à 100% depuis le 25 février 2019 comme une rechute et à l'indemniser dès cette date.

C.

Le 1^{er} avril 2019, l'assuré, toujours représenté, a interjeté recours auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision sur opposition précitée (procédure n° 200.2019.254), date à laquelle il a également déposé une requête d'assistance judiciaire. Dans son recours, l'assuré a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 27 février 2019 ainsi que de la décision du 30 janvier 2019 et partant, à la prise en charge des suites de l'incapacité de travail consécutive à l'accident du 5 octobre 2015 et, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérant, le tout sous suite de frais et dépens. L'intimée, désormais représentée par un mandataire professionnel, a déposé son mémoire de réponse le 28 juin 2019 en concluant au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Les parties se sont encore prononcées sur la cause dans un second échange d'écritures (réplique du 14 août 2019 et duplique du 9 septembre 2019).

D.

Parallèlement à cette procédure, l'intimée, après avoir soumis à nouveau le dossier à son médecin d'arrondissement, a informé l'assuré le 3 avril 2019, qu'elle mettait fin au paiement des IJ avec effet au 31 mai 2019 mais qu'elle continuait de prendre en charge les examens et traitements médicaux nécessaires suite à l'accident du 5 octobre 2015. De ce fait, elle a rendu une décision datée du 11 avril 2019 dans laquelle elle refusait à l'intéressé tout droit à une rente d'invalidité (compte tenu d'un degré d'invalidité inférieur à 10%) et niait le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (IPAI). Opposition a été formée par l'assuré, représenté par le même mandataire, en date du 1^{er} mai 2019. Après avoir consulté une nouvelle fois son médecin d'arrondissement, l'intimée a

confirmé la teneur de son prononcé initial dans une décision sur opposition du 28 mai 2019 et ajouté qu'un éventuel recours contre la décision sur opposition précitée n'aurait aucun effet suspensif. Dans un courrier du même jour, l'employeur de l'assuré (activité principale) a annoncé à ce dernier qu'il entendait résilier le contrat de travail, pour des motifs économiques, avec effet au 31 juillet 2019.

E.

Le 28 juin 2019, l'assuré, toujours représenté, a recouru auprès du TA contre la décision sur opposition du 28 mai 2019, date à laquelle il a également déposé une requête d'assistance judiciaire (procédure n° 200.2019.521). Dans son recours, l'intéressé a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 28 mai 2019, à la reconnaissance par le TA d'une incapacité de gain d'au moins 10% et partant, à l'octroi d'une rente d'invalidité correspondant au degré d'incapacité de gain reconnu, à l'octroi d'une IPAI correspondant au minimum à 10% du gain assuré et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens. Le 20 août 2019, l'intimée, par son mandataire, a fait parvenir son mémoire de réponse en concluant au rejet du recours, sous suite de frais et dépens.

F.

Par courrier spontané du 18 septembre 2019, le recourant a fait parvenir au TA des informations relatives à l'évolution de son état de santé et requis formellement l'audition d'un spécialiste du traitement de la douleur. Le juge instructeur, dans une ordonnance du 10 octobre 2019, a rendu les parties attentives au fait que l'état de fait déterminant et sur lequel le TA devrait se prononcer, était celui qui prévalait à la date des deux décisions sur opposition litigieuse, soit aux 27 février et 28 mai 2019. De ce fait, il a estimé qu'une interpellation des médecins consultés par le recourant ne s'imposait pas dans les présentes procédures. Le juge instructeur a également réservé la possibilité de joindre les causes. Dans un courrier

daté du 3 octobre 2019, le mandataire du recourant a transmis au TA ses notes d'honoraires (relatives aux deux procédures) et a remis un bordereau complémentaire comprenant onze pièces justificatives (PJ). Le 4 juin 2020, l'assuré a spontanément fait parvenir au TA des informations relatives à l'évolution de son état de santé, ainsi que des PJ supplémentaires. Dans un courrier daté du 20 juillet 2020, l'intimée, sur demande du juge instructeur, a actualisé le dossier de la cause et a informé celui-ci qu'elle avait accepté de prendre en charge des contrôles médicaux, des séances de physiothérapie et des infiltrations conformément aux appréciations de son médecin d'arrondissement. Par courrier du 31 août 2020, le recourant a présenté ses observations sur les nouvelles pièces versées au dossier. Sur demande du juge instructeur, l'intimée a informé le 8 octobre 2020 qu'elle maintenait et confirmait les deux décisions sur opposition attaquées. Le 22 octobre 2020, l'assuré a pris position sur le courrier du 8 octobre 2020 de l'intimée et a joint à son envoi de nouvelles PJ. Le 19 novembre 2020, de nouvelles pièces ont été transmises par le recourant au TA et le 20 novembre 2020, le représentant de ce dernier a encore remis ses notes d'honoraires complémentaires. Le 23 novembre 2020 la cause a été transmise pour jugement.

En droit:

1.

1.1 Selon l'art. 17 al. 1 de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives (LPJA, RSB 155.21), l'autorité chargée de l'instruction peut ordonner la jonction de procédures lorsque des écrits déposés séparément concernent le même objet. Par même objet, on entend des causes similaires de par leur thématique. Une jonction peut intervenir non seulement lorsque les écrits concernent le même objet, mais également lorsque la procédure concerne une thématique identique (MICHEL DAUM in HERZOG/DAUM (éd.), *Kommentar zum bernischen VRPG*, 2^{ème} éd. 2020, ad art. 17 n. 6). En l'occurrence, les décisions sur opposition

contestées concernent les mêmes parties et se fondent sur le même complexe de faits, à savoir l'événement du 5 octobre 2015. La jonction des causes se justifie en outre du fait que la valeur probante de certains éléments du dossier (notamment les rapports médicaux du médecin d'arrondissement de l'intimée) sera examinée dans les deux procédures afin d'en tirer les conséquences juridiques propres à chacune d'elles et en fonction de l'état de fait déterminant pour chacune d'elles.

1.2 Les décisions sur opposition de l'intimée du 27 février et 28 mai 2019 représentent l'objet de la contestation; elles ressortissent au droit des assurances sociales. L'une modifie le droit aux IJ du recourant de façon rétroactive au 30 avril 2018 (révision) et exige du recourant la restitution de Fr. 35'991.- de prestations (IJ) perçues indûment pendant la période du 30 avril au 30 novembre 2018 (procédure n° 200.2019.254) et l'autre nie le droit du recourant à une rente d'invalidité dès la fin du droit aux IJ, soit dès le 31 mai 2019 (procédure n° 200.2019.521). L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation des deux décisions sur opposition querellées, sur la prise en charge des suites de l'incapacité de travail consécutive à l'accident du 5 octobre 2015, sur l'octroi d'une rente d'invalidité ainsi que, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire. Sont particulièrement litigieuses les questions de l'existence d'un motif de révision, la valeur probante du rapport médical du médecin d'arrondissement du 12 décembre 2018, la stabilisation de l'état de santé du recourant et le calcul du taux d'invalidité retenu par l'intimée (s'agissant de l'IPAI, voir c. 1.3 et 10.3 ci-dessous).

1.3 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, les recours sont en principe recevables (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 15 et 74 ss LPJA). Néanmoins, le recours du 1^{er} avril 2019 contre la décision sur opposition du 27 février 2019 ne l'est pas dans la mesure où l'assuré conclut à l'annulation de la décision de l'intimée du 30 janvier 2019. En effet, par cette conclusion, l'assuré méconnaît l'effet dévolutif du recours qui veut que la décision sur opposition du 27 février 2019 a remplacé la décision initiale de l'intimée du

30 janvier 2019 et que seul ce nouveau prononcé (sur opposition) est sujet à recours (JELI KIESER, *Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG*, 2020, art. 52 n° 74). Le recours contre la décision sur opposition du 28 mai 2019 n'est pas non plus recevable dans la mesure où il conclut à l'octroi d'une IPAI. En effet, faute d'avoir été contesté dans l'opposition formulée à l'encontre de la décision du 11 avril 2019, le refus d'une IPAI est entré en force et n'a, de ce fait, pas fait l'objet de la procédure d'opposition. Cette question sort ainsi de l'objet de la contestation (voir c. 1.2 ci-dessus) et ne peut faire l'objet du présent litige. A toutes fins utiles, il sera revenu sur le droit à l'IPAI sous c. 10.3 ci-dessous.

1.4 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.5 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits avant (art. 53 al. 1 LPGA) et qui sont aptes à conduire à une autre motivation juridique (ATF 127 V 466 c. 2c). Il faut que le moyen de preuve n'apporte pas uniquement une nouvelle appréciation de l'état de fait, mais qu'il serve à la détermination de cet état de fait. Il doit donc s'agir d'un élément de fait qui fasse paraître les bases de la décision comme objectivement insuffisantes (ATF 138 V 324 c. 3.2).

2.2

2.2.1 Le 1^{er} janvier 2017 sont entrées en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20) et la modification du 9 novembre 2016 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA, RS 832.202). Pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit (al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification de la LAA du 25 septembre 2015).

2.2.2 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 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 qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA).

2.2.3 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (anc. art. 18 al. 1 LAA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016). Le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux. Il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGGA (art. 18 al. 2 LAA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). 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 (art. 7 al. 1 LPGGA).

2.2.4 Aux termes de 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'art. 25 al. 1 LAA dispose que 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.

2.3

2.3.1 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

2.3.2 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Se fondant sur le rapport d'observation du 14 mai 2018, jugé valable quant à la forme, l'intimée est d'avis que celui-ci constitue un nouveau moyen de preuve qui, sur la base des conclusions du médecin d'arrondissement dans un rapport médical du 12 décembre 2018, lui permettait de revenir sur l'incapacité de travail préalablement reconnue. En ce sens, elle estime que c'est bien le rapport d'observation du 14 mai 2018 qui constitue un nouveau moyen de preuve et a contesté le reproche du recourant selon lequel les éléments en ressortant lui étaient déjà connus. Par ailleurs, elle considère que le rapport médical du 12 décembre 2018 a pleine valeur probante et ce d'autant plus que le contenu a été confirmé par le même médecin dans un rapport daté du 19 mars 2019.

Par ailleurs, dans le cadre de la procédure n° 200.2019.521 (relative à la décision sur opposition du 28 mai 2019), la Suva s'est entièrement ralliée aux conclusions du rapport médical du 12 décembre 2018 (qu'elle juge pleinement probant) pour affirmer que la situation médicale de l'assuré est stabilisée. Dans ce cadre, elle a estimé que les conclusions retenues (notamment le profil d'exigibilité) dans ledit rapport avaient été confirmées par le médecin d'arrondissement à plusieurs reprises dans des rapports postérieurs. De son avis, les rapports médicaux produits par l'assuré ne permettent pas de remettre en cause les conclusions retenues par le médecin-conseil. Quant aux limitations de l'assuré, la Suva argue qu'elles ont été prises en considération par son médecin d'arrondissement dans le profil d'exigibilité de sorte qu'il n'y a pas lieu de tenir compte d'un abattement de 10% comme requis par l'assuré. Après avoir précisé que le recourant n'avait pas contesté dans l'opposition le refus de l'intimée de lui verser une IPAI, la Suva s'est ralliée aux conclusions de son médecin-conseil (rapport médical du 12 décembre 2019) dans lequel ce dernier avait retenu qu'au vu de la situation d'ensemble, la limite pour l'octroi d'une IPAI n'était pas atteinte.

3.2 Le recourant fait pour sa part valoir (procédure n° 200.2019.254) qu'il a toujours collaboré avec l'intimée et qu'il avait en particulier signifié à celle-ci avoir repris la conduite de son véhicule. Ainsi, non seulement il considère que les faits ressortant du rapport d'observation du 14 mai 2018 ne sauraient être considérés comme "nouveaux", mais il estime que le rapport médical du 12 décembre 2018 du médecin d'arrondissement se limite à faire une nouvelle interprétation de faits déjà connus de l'intimée. Par conséquent, il conteste l'existence de motifs de révision. En outre, l'assuré observe que le médecin d'arrondissement est revenu sur son premier diagnostic dans l'appréciation médicale du 19 avril 2019 en considérant que le recourant présentait une capacité de travail entière non pas dans l'activité principale, mais dans une activité adaptée à l'état de santé. De l'avis du recourant, ces éléments, de même que les avis médicaux contraires de ses médecins traitants, démontrent l'absence de valeur probante du rapport médical du 12 décembre 2018.

Dans le cadre de la procédure n° 200.2019.521, l'assuré s'est fondé sur les rapports médicaux de ses médecins traitants pour contester l'appréciation du médecin-conseil fixant sa capacité de travail résiduelle à 100% ainsi que pour affirmer que les éléments contradictoires en présence auraient dû conduire l'intimée à reporter la clôture du dossier et procéder à des mesures d'instructions médicales complémentaires. Est également reproché à l'intimée, le fait de n'avoir pas tenu compte des limitations fonctionnelles et de n'avoir pas réduit le revenu d'invalidité en conséquence. Il estime ainsi qu'un taux d'abattement d'au moins 10% aurait dû lui être reconnu par la Suva. Finalement, l'assuré reproche à l'intimée de n'avoir pas abordé la question de l'IPAI dans la décision sur opposition du 28 mai 2019. De l'avis du recourant, la coxarthrose mise en évidence par ses médecins traitants donne droit à une IPAI d'au moins 10% du gain assuré.

3.3. A l'appui de ses recours, et dans des courriers spontanés transmis en cours de procédure, l'assuré a produit un plan de réadaptation d'une clinique de réadaptation de janvier à juillet 2019 (PJ n° 12 de la procédure n° 200.2019.254), la correspondance à une Clinique de la douleur et la réponse du spécialiste de cet établissement des 3 et 24 septembre 2019 (PJ 10 et 11 de la procédure n° 200.2019.521), de même qu'un courrier de la Suva du 1^{er} octobre 2019 (PJ n° 13 de la procédure n° 200.2019.521), une feuille accident LAA pour la période du 11 avril au 23 septembre 2019 (PJ n° 12 de la procédure n° 200.2019.521) et un courrier à l'attention du recourant par une clinique de la douleur (6 décembre 2019; PJ n° 28 de la procédure n° 200.2019.521). Il a en outre déposé devant le TA un rapport établi par un spécialiste d'une Clinique de la douleur daté du 1^{er} avril 2020 (dossier [dos.] TA de la procédure n° 200.2019.254), différentes correspondances avec l'assureur-maladie datées d'août 2020 (PJ n° 22 à 25 de la procédure n° 200.2019.254), ou encore une ordonnance de physiothérapie (4 février 2020; PJ n° 27 de la procédure n° 200.2019.521). En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où ladite décision a été prononcée (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au présent cas, il peut

être tenu compte dans le cadre de l'appréciation des preuves du plan de réadaptation d'une clinique de réadaptation (PJ n° 12 de la procédure n° 200.2019.254) qui, bien que postérieur à la date des décisions sur opposition contestées, permet certaines déductions quant à la situation qui prévalait déjà avant le prononcé de celles-ci. En revanche, la correspondance avec les spécialistes d'un centre de la douleur de septembre 2019 (PJ 10 et 11 de la procédure n° 200.2019.521) la feuille d'accident LAA pour la période du 11 avril au 23 septembre 2019 (PJ n° 12 de la procédure n° 200.2019.521), le courrier de la Suva du 1^{er} octobre 2019 (PJ n° 13 de la procédure n° 200.2019.521), le courrier à l'attention du recourant par une clinique de la douleur (6 décembre 2019; PJ n° 28 de la procédure n° 200.2019.521), le courrier d'un spécialiste d'un centre de la douleur daté du 1^{er} avril 2020 (dos. TA de la procédure n° 200.2019.254), les différentes correspondances avec l'assureur-maladie datées d'août 2020 (PJ n° 22 à 25 de la procédure n° 200.2019.254), ou encore l'ordonnance de physiothérapie (4 février 2020; PJ n° 27 de la procédure n° 200.2019.521) et le rapport du 8 octobre 2020 d'un chiropraticien (dos. TA de la procédure n° 200.2019.254), ne pourront être pris en considération à mesure que ces documents rendent uniquement compte de la situation médicale constatée au moment de leur établissement. A cet égard, il y a en particulier lieu de mentionner que l'assuré n'est suivi par les spécialistes d'un centre de la douleur et par un chiropraticien que depuis le mois de juin 2019, de sorte que ceux-ci ne sont pas en mesure de se prononcer sur l'état de santé du recourant avant cette date.

4.

4.1 Il ressort du dossier les éléments médicaux suivants:

4.1.1 L'assuré a été victime d'un accident de la circulation le 5 octobre 2015. Selon le rapport de police y relatif, une conductrice roulant en sens inverse du recourant a tenté de dépasser un camion, sans toutefois y parvenir, amenant celle-ci à effectuer une manœuvre d'évitement et percutant frontalement le véhicule du recourant qui avait lui aussi tenté une manœuvre d'évitement de son côté (voir dos. intimée [int.] 67/1). A la suite

de cet accident, l'assuré a été hospitalisé dans un hôpital universitaire jusqu'au 16 octobre 2015. Les médecins en charge de l'assuré ont rédigé un rapport de sortie daté du 19 octobre 2015 (dos. int. 17/1) duquel il ressort les diagnostics de polytrauma avec fracture luxation dorsale avec interposition de fragments du mur postérieur de l'acétabulum droit, fracture comminutive distale intra-articulaire ouverte de l'extrémité distale du radius à droite, fracture oblique du 4^{ème} métacarpien à droite, fracture avulsion de l'os triquetrum à droite et fracture des 1-9èmes côtes à droite avec hémopneumothorax. Lors de ce séjour hospitalier, l'assuré a subi deux interventions chirurgicales, l'une de fixation interne après réduction ouverte de l'acétabulum par luxation chirurgicale de la hanche droite, plaque et vis sur mur postérieur, fixation du labrum par trois ancrs, débridement de la plaie de la main droite (intervention du 5 octobre 2015) et l'autre de fixation interne après réduction ouverte du radius distal droit par plaque, réduction ouverte et fixation du 4^{ème} métacarpien avec trois vis (intervention du 8 octobre 2015). Par ailleurs, les spécialistes ont attesté une incapacité de travail à 100% du 5 octobre au 11 décembre 2015 (dos. int. 17/2). Du 16 octobre au 11 décembre 2015, le recourant a séjourné dans une clinique de réadaptation (dos. int. 29/1). Les médecins de la clinique ont reconnu une incapacité de travail totale du 11 décembre 2015 au 31 janvier 2016 (dos. int. 29/7).

4.1.2 Le recourant a consulté à plusieurs reprises des spécialistes en orthopédie (consultations des 14 janvier, 8 mars, 10 mai 2016; dos. int. 42/1, 52/1, 70/1), ainsi que des spécialistes en chirurgie de la main (consultation du 4 mars 2016; dos. int. 50/1). L'incapacité de travail à 100% a été prolongée par ceux-ci à plusieurs reprises (jusqu'à fin février [dos. int. 42/2], jusqu'à fin mai [dos. int. 73/1]). Une intervention chirurgicale visant l'enlèvement de la vis trochantérienne à droite a été pratiquée le 19 mai 2016 conduisant les médecins à prolonger l'incapacité totale de travail jusqu'au 5 juin 2016 (dos. int. 86/2). A la suite d'une consultation auprès des spécialistes en chirurgie de la main du 10 juin 2016 (dos. int. 91/1), une intervention a été planifiée au mois de juillet 2016 laquelle avait pour but l'extraction d'un corps étranger au niveau du coude latéral droit et de la main droite (deux éclats de verre; dos. int. 98/1). Parallèlement à ce suivi médical, l'assuré s'est soumis à un plan de réadaptation comprenant

des séances de physiothérapie, d'hydrothérapie et d'ergothérapie (voir notamment dos. int. 107/14 et 124/9). En août 2016, le recourant a subi une nouvelle intervention chirurgicale dans une clinique orthopédique pour une ostéotomie et résection du trochanter bigastrique ainsi qu'une ossification du bord acétabulaire et ablation du métal bord acétabulaire droit (dos. int. 111/1).

4.1.3 Le médecin d'arrondissement s'est prononcé sur l'évolution de l'état de santé du recourant le 14 novembre 2016 et a mis en évidence la guérison de la fracture à la suite de l'hospitalisation du mois d'août 2016. Il a par ailleurs relevé que l'assuré était supposé être remis de ladite opération en novembre 2016. De ce fait, il a préconisé la reprise d'une activité lucrative à 50% dès le mois de décembre 2016, pour autant que celle-ci soit possible dans le domaine de la construction (dos. int. 146/1). Sur la base de cet avis médical et suite à une discussion entre les différents protagonistes du 25 novembre 2016 (dos. int. 161/1), l'assuré a repris partiellement sa précédente activité de machiniste (du 1^{er} au 16 décembre 2016; dos. int. 184/1). Il a ensuite été revu en consultation le 15 février 2017 par les spécialistes en orthopédie en raison de ses douleurs au niveau du trochanter ainsi qu'à l'aine droite (dos. int. 200/1). Une opération visant le démontage de la vis de trochanter à droite a été préconisée (date de l'opération: 10 mars 2017; dos. int. 213/1). A la suite de l'hospitalisation du recourant du 10 au 11 mars 2017, les médecins ont reconnu une incapacité de travail de 100% jusqu'au 26 mars 2017 (dos. int. 214/2), puis l'ont revu à la consultation le 27 avril 2017 (dos. int. 221/2). L'examen clinique y relatif fait état d'un bénéfice important pour l'assuré de l'opération de retrait de la vis trochantérienne. S'agissant des douleurs dont se plaint l'assuré, les médecins ont considéré qu'elles étaient très probablement d'origine vertébrale et ont de ce fait préconisé une consultation rachidienne ainsi qu'un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) afin de clarifier davantage la situation. Finalement, les médecins ont recommandé un essai de travail (dos. int. 221/3). Dans ce cadre, l'assuré s'est soumis à un examen d'IRM le 1^{er} mai 2017 lequel a relevé une dégénérescence des disques intervertébraux L2/3 ainsi que L4/5, en principe sans réduction de la hauteur (voir rapport du 6 mai 2017; dos. int. 242). Au niveau de L3/4, un renflement modéré du disque, mais

sans sténose foraminale, recessaire ou centrale, a été observé. Les images aux rayons X n'ont montré aucune listhésie et ont mis en évidence un alignement bien préservé. Les spécialistes ont préconisé une infiltration (dos. int. 242/3). Après celle-ci, l'assuré a observé une diminution des douleurs dont il a fait état aux spécialistes en orthopédie en juin 2017 (dos. int. 245/1).

4.1.4 Dans l'intervalle, l'assuré a été reçu en consultation par les spécialistes de la chirurgie de la main le 3 mai 2017 suite à la persistance des douleurs à l'articulation. Ceux-ci ont procédé à une infiltration ulno carpienne (dos. int. 243/3). Le 28 juin 2017, les spécialistes en chirurgie de la main ont revu leur patient après l'infiltration susmentionnée et ont établi un rapport du 3 juillet 2017. Les médecins ont souligné la persistance des douleurs et il a été discuté avec l'assuré de l'éventualité d'une arthroscopie du poignet afin d'examiner le complexe fibro cartilagineux triangulaire et les structures des ligaments palmaires ainsi qu'en vue de retirer la plaque radiale. Le recourant a toutefois préféré reporter l'opération pour des raisons familiales (dos. int. 256/2). Celui-ci a été revu en consultation le 15 septembre 2017. Dans le rapport y relatif du 18 septembre 2017, les spécialistes de la chirurgie de la main ont noté que la cause des douleurs du recourant n'était pas claire à 100%, de sorte qu'ils ont recommandé la mise en place d'un Spect-CT pour tenter de trouver l'origine des douleurs (dos. int. 278/3). L'examen de Spect-CT a ainsi été réalisé le 25 septembre 2017 (dos. int. 282) et a mis en évidence une concordance entre, d'une part, les plaintes cliniques avec douleurs sur le processus styloïde radiale et le long du tendon de l'ECU et, d'autre part, les résultats du Spect-CT, de sorte qu'une nouvelle intervention a été envisagée par les spécialistes afin notamment de déterminer l'état de l'articulation et pour retirer le métal au niveau du radius (dos. int. 298/3). Ladite opération s'est déroulée le 19 janvier 2018 (dos. int. 314) et le rapport de suivi du 8 mars 2018 fait état d'une évolution conforme aux attentes. De plus, une incapacité de travail de 100% a été reconnue par les médecins jusqu'à nouvel ordre (dos. int. 321/3). Lors d'une consultation de suivi du 8 mai 2018, les spécialistes en chirurgie de la main ont constaté une évolution convenable de l'articulation de la main et ont reconnu une incapacité de travail de 100% jusqu'au

30 juin 2018, puis de 50% dès le 1^{er} juillet 2018 et finalement de 0% dès le 1^{er} août 2018 (dos. int. 345/3).

4.1.5 Le 4 juin 2018, l'assuré a été revu en consultation pour sa hanche par les spécialistes en orthopédie. Dans le rapport y relatif du 11 juin 2018 les médecins ont noté que d'un point de vue clinique, les plaintes du recourant indiquaient clairement un problème au niveau de l'articulation sacro-illiaque. Ils ont par ailleurs suggéré au recourant de réitérer l'infiltration qui avait déjà été effectuée à l'été 2017. Le recourant a suivi les recommandations et s'est soumis au traitement par infiltration le même jour (dos. int. 373/1 et 375). Lors d'une consultation de suivi, les spécialistes de la clinique orthopédique ont relevé que le problème au niveau de l'articulation sacro-illiaque n'était plus au premier plan et ont reconnu une incapacité de travail de 100% du 20 au 22 août 2018, de 75% du 23 au 26 août 2018, puis de 50% du 27 août au 1^{er} septembre 2018 (rapport du 22 août 2018; dos. int. 377/2).

4.1.6 Dans un rapport daté du 11 octobre 2018, le médecin généraliste traitant de l'assuré a jugé le pronostic favorable (avec bonne évolution) s'agissant du poignet et a mentionné de plus grosses difficultés au niveau de la hanche droite (dos. int. 372/1). S'agissant du poignet, les spécialistes en chirurgie de la main ont reçu l'assuré lors d'un contrôle final le 19 octobre 2018. Dans leur rapport du 24 octobre 2018, il est mentionné que la douleur dans la région du poignet droit s'est complètement calmée, de sorte qu'ils ont estimé que, du point de vue de la chirurgie de la main, le patient pourrait être réemployé à 100% comme machiniste (dos. int. 384/3). De leur côté, les médecins orthopédistes ont mis en évidence que les plaintes du recourant étaient d'origine coxogène plutôt que spondylogène. En outre, ils ont observé une légère augmentation de l'arthrose (rapport du 26 novembre 2018 dos. int. 401/3).

4.1.7 Le recourant a été examiné par le médecin d'arrondissement de l'intimée le 10 décembre 2018. Dans son rapport, daté du 12 décembre 2018, le spécialiste en chirurgie a posé les diagnostics de trouble du mouvement de l'articulation de la hanche droite avec status après une fracture acétabulaire et traitement chirurgical après accident de la route du 5 octobre 2015, douleur de pression persistante sur le processus styloïde

radiale après une fracture complexe du radius avec implication des structures au niveau du processus styloïde radiale après une fixation de plaque ainsi qu'un raccourcissement du processus styloïde radiale suite à l'accident de la route du 5 octobre 2015, fracture du métacarpe IV guérie et complètement stable et status après blessure traitée par écrasement de lacération au niveau du crâne (dos. int. 402/9). Selon le médecin-conseil, le recourant est en mesure de travailler à 100% dans l'ancienne activité tout en tenant compte d'une diminution de rendement (besoin de pause augmenté) à raison d'une heure par jour afin de détendre la musculature et ce, dès le 10 mai 2018 (dos. int. 402/10). Il a par ailleurs ajouté qu'au vu de la situation d'ensemble, la limite pour l'octroi d'une IPAI n'était pas atteinte en l'espèce (dos. int. 402/10). Sur question de l'intimée en ce sens, le médecin d'arrondissement a précisé, dans un rapport complémentaire du 25 janvier 2019, que s'agissant de l'activité accessoire de concierge, la capacité de travail du recourant était pleine et sans diminution de rendement (dos. int. 405/2). Le médecin-conseil s'est une nouvelle fois prononcé sur l'état de santé du recourant dans un rapport du 19 mars 2019. Ce dernier a établi un profil d'exigibilité selon lequel l'assuré peut effectuer des activités légères à modérées en étant assis, debout et en marchant. Les activités suivantes sont à éviter: le fait de soulever et de transporter de manière répétitive des objets de plus de 15 kg (à court terme, des objets pesant jusqu'à 15 kg peuvent être portés avec les deux bras sur une courte distance), de travailler constamment sur un terrain inégal ou dangereux, de même qu'en position accroupie basse et avec des machines qui frappent et vibrent, de travailler en permanence sur des échelles et des échafaudages en raison de la position forcée requise. L'assuré doit pouvoir changer de position de manière à ce qu'il y ait un tiers de mélange entre la position assise, la position debout et la marche. Par conséquent, le médecin d'arrondissement est d'avis que si les critères ci-dessus sont respectés, l'assuré peut exercer une activité à temps plein sans restriction de temps et de rendement (dos. int. 436/2).

4.1.8 Les spécialiste en orthopédie ont revu en consultation le recourant le 7 janvier ainsi que le 25 février 2019 et ont estimé que les douleurs de la hanche étaient provoquées par une coxarthrose post-traumatique. En outre, d'après les médecins, les douleurs au niveau de l'articulation sacro-

iliaque peuvent être secondaires à une douleur de la hanche due à une charge incorrecte. Ils ont ainsi envoyé le recourant à consulter un spécialiste de la hanche (rapports des 8 janvier, 27 février du 26 mars 2019; dos. int. 463/4, 439/1 et 463/6). Dans un rapport daté du 15 avril 2019 (consultation du 11 avril 2019), les spécialistes en orthopédie ont supposé qu'une coxarthrose post-traumatique légère s'était développée. Ils ont toutefois préconisé d'épuiser les mesures conservatrices (infiltration au niveau de la hanche) et ont dissuadé le recourant d'implanter une prothèse totale de la hanche (dos. int. 463/9). L'assuré a donc bénéficié d'une telle infiltration en date du 29 avril 2019, puis du 17 juin 2019 (dos. int. 483/1 et 494/1).

4.1.9 Le médecin d'arrondissement a une nouvelle fois pris position sur l'état de santé du recourant dans un rapport du 22 mai 2019 et a maintenu le profil d'exigibilité établi dans son rapport du 19 mars 2019. Il a par ailleurs confirmé que l'état de santé du recourant était stabilisé et noté que les critères d'une coxarthrose n'étaient pas remplis, de sorte qu'il a nié le droit du recourant à une IPAI (dos. int. 478/22). Suite au dépôt de l'intéressé des rapports médicaux des 8 janvier et 26 mars 2019 (voir c. 4.1.8 ci-dessus) dans le cadre de son recours et sur demande de l'intimée (dos. int. 490), le médecin d'arrondissement a rendu un rapport complémentaire daté du 9 juillet 2019 dans lequel il a confirmé la teneur de son précédent rapport du 22 mai 2019 et a en particulier indiqué que les documents supplémentaires reçus par le recourant n'entraînaient aucune réévaluation ou modification des précédents rapports établis (dos. int. 491/2). Suite à une demande de prise en charge d'un appareil TEN (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator, soit un stimulateur électrique transcutané) par des médecins d'un centre de la douleur, le médecin-conseil a jugé qu'il n'existait pas d'indication médicale à une telle prise en charge (dos. int. 503/1). La Suva est toutefois revenue sur son refus par courrier du 1^{er} octobre 2019 (dos. int. 516/2) suite à une nouvelle demande de prise en charge par les médecins d'un centre de la douleur (dos. int. 510/1).

4.2 En plus des données médicales, un rapport d'observation du 14 mai 2018 et les vidéos y relatives figurent également au dossier de la cause.

L'enquête a été effectuée de manière discontinue entre le 30 avril et le 10 mai 2018. Il ressort de ce rapport que l'assuré se déplace quotidiennement seul au volant d'un fourgon et que la conduite de celui-ci est rapide et brusque. Il a été observé en train de courir, de marcher très rapidement, de marcher de manière normale et, à une seule reprise, de boiter. L'enquêteur a noté que le recourant n'avait pas utilisé de moyen auxiliaire durant la période d'observation mais n'a pas pu déterminer si celui-ci exerçait une activité lucrative ou non (dos. int. 360/2).

5.

5.1 La première question à résoudre est celle de savoir si l'examen médical du 10 décembre 2018 découlant du rapport d'observation du 14 mai 2018 constitue un moyen de preuve nouveau susceptible de conduire à une révision procédurale.

5.2 Sont "nouveaux" les faits qui se sont produits avant le prononcé de la décision ou de la décision sur opposition formellement passée en force et dont le requérant n'avait pas connaissance, malgré toute sa diligence. Les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt dont la révision est demandée et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 144 V 245 c. 5.2). Les moyens de preuve, quant à eux, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la procédure précédente. Un moyen de preuve est considéré comme concluant lorsqu'il faut admettre qu'il aurait conduit l'autorité (administrative ou judiciaire) à statuer autrement si elle en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à la constatation de ces derniers. Ainsi, il ne suffit par exemple pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il

faut, bien plutôt, des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement d'autres conclusions que l'administration ou le juge en se fondant sur des faits connus déjà au moment où la décision à réviser a été rendue. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'autorité paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision. Le moyen de preuve doit se rapporter à un fait qui fonde cas échéant la décision à revoir (ATF 143 V 105 c. 2.3, 110 V 138 c. 2; SVR 2010 UV n° 22 c. 5.2).

5.3 En l'occurrence, le compte-rendu d'observation du 18 mai 2018 rapporte des faits sur la base desquels le médecin d'arrondissement s'est notamment fondé pour examiner l'assuré le 10 décembre 2018. Ainsi, après avoir pris connaissance des vidéos annexées au rapport d'observation et soumis l'assuré à un examen médical, il a notamment considéré que l'examen clinique contrastait fortement avec la mobilité du recourant constatée dans les vidéos (dos. int. 402/10). Il a par ailleurs noté que les images des vidéos ne reflétaient pas la capacité de charge de la jambe telle qu'observée lors de l'examen médical, de même que la mobilité au niveau de la hanche (dos. int. 402/10). Ainsi, les faits observés dans le rapport d'observation ont été confrontés par le médecin d'arrondissement aux constatations médicales établies lors de l'examen du 10 décembre 2018 et ce dernier a modifié son appréciation médicale sur cette base. Même si le recourant avait, selon lui, averti la Suva qu'il avait repris la conduite de son véhicule et que sa main allait mieux (voir art. 16 recours du 1^{er} avril 2019), rien n'explique en revanche la capacité de charge sur la jambe constatée sur certaines images (notamment lorsqu'il se déplace en courant, voir vidéo n° 21) qui a été prise en compte et expliquée par le médecin-conseil de la Suva. Ainsi, on ne peut prétendre, comme le fait le recourant, que les faits rapportés dans le compte-rendu d'observation du 18 mai 2018 étaient déjà connus de l'intimée. Par conséquent, le rapport médical daté du 12 décembre 2018 fondé sur le compte-rendu d'observation constitue bien un nouveau moyen de preuve puisqu'il est destiné à prouver des faits qui n'avaient pas été portés à la connaissance

ni du médecin d'arrondissement, ni de la Suva. Il ne s'agit ainsi pas d'une nouvelle interprétation de faits connus, mais bien d'une nouvelle appréciation médicale sur la base de nouveaux faits. En ce sens, la Suva était fondée à réviser la décision du 5 novembre 2015 qui reconnaissait le droit au recourant à l'IJ suite à l'accident non-professionnel d'octobre 2015.

6.

6.1 Il convient ensuite d'examiner la valeur probante du rapport médical du médecin d'arrondissement daté du 12 décembre 2018 sur lequel s'est fondée l'intimée pour réviser le droit aux IJ du recourant et pour refuser le droit de ce dernier à une rente d'invalidité ainsi qu'une IPAI.

6.2 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

6.3 En l'occurrence, le médecin d'arrondissement, dont les qualifications (spécialiste en chirurgie) ne peuvent être mises en doute, a pris en compte l'ensemble des éléments essentiels au dossier, l'anamnèse complète et les plaintes subjectives du recourant. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions de ce spécialiste sont détaillées et motivées. Le spécialiste a intégré à son rapport une description des vidéos annexées au rapport d'observation du 18 mai 2018, ainsi que le résultat des examens qu'il a lui-même réalisés (en présence d'un traducteur), démontrant une étude approfondie et consciencieuse du dossier. Par conséquent, d'un point de vue purement formel, le rapport daté du 12 décembre 2018 du médecin-conseil sur lequel s'est notamment fondée

l'intimée pour rendre les deux décisions sur opposition contestées, n'est pas critiquable.

6.4 Matériellement, le rapport médical du 12 décembre 2018 convainc tant dans sa motivation que dans ses conclusions. En effet, l'appréciation du médecin d'arrondissement découle d'une analyse méticuleuse des différents éléments au dossier, notamment des avis médicaux antérieurs ainsi que d'une étude détaillée de l'imagerie. S'agissant du poignet, la conclusion du spécialiste en chirurgie est d'autant plus convaincante qu'elle est corroborée par les médecins traitants du recourant. En effet, tant le généraliste que les spécialistes en chirurgie de la main ont jugé le pronostic bon (dos. int. 372/2) et ont observé, en octobre 2018, que les douleurs au niveau du poignet s'étaient calmées et que, de ce fait, le recourant pourrait être réemployé à 100% comme machiniste (dos. int. 384/3). Toujours dans le contexte des douleurs du poignet droit et par souci de complétude, le médecin-conseil s'est prononcé sur la présence d'une éventuelle arthrose en indiquant que la reconstruction anatomique de l'axe du poignet avait été si réussie qu'aucun signe d'arthrose naissante n'était visible (dos. int. 402/10). S'agissant de la hanche, n'en contredise le recourant, le médecin d'arrondissement a bien mis en évidence les douleurs au niveau du trochanter puisqu'il a concédé que le retrait des vis dans cette zone pourrait éventuellement permettre une légère réduction de la symptomatologie de la douleur (dos. int. 402/10). C'est ainsi malgré le constat de douleurs encore présentes que le médecin d'arrondissement a conclu à une stabilisation de l'état de santé au niveau de la hanche également. Ainsi, les médecins s'accordent à reconnaître la présence de douleurs au niveau de la hanche, toutefois l'origine de celles-ci reste incertaine. A cet égard, les médecins ont tout d'abord considéré qu'elles étaient d'origine vertébrale (dos. int. 221/2), puis l'articulation sacro-illiaque a été citée comme cause possible des douleurs (dos. int. 377/2). Après une infiltration, les spécialistes de la clinique orthopédique ont relevé que le problème au niveau de l'articulation sacro-illiaque n'était plus au premier plan et ont reconnu une capacité de travail partielle dès le mois d'août 2018 (dos. int. 377/2). Ensuite, les mêmes spécialistes ont estimé que les douleurs étaient d'origine coxogène plutôt que spondylogène (dos. int. 401/3) et finalement, en janvier 2019, que les douleurs de la hanche étaient

provoquées par une coxarthrose post-traumatique (dos. int. 463/4). Il n'existe donc pas de contradiction entre les médecins consultés sur l'existence des douleurs et celles-ci ont été prise en compte par le médecin d'arrondissement dans son appréciation médicale. Par ailleurs, on ne constate pas non plus de divergence, ni même d'opposition importantes entre les rapports médicaux pour ce qui concerne les diagnostics posés. Il est vrai en revanche que les opinions des médecins divergent quant à la présence d'arthrose. En effet, le médecin d'arrondissement a mentionné dans son rapport du 12 décembre 2018 qu'aucun signe d'arthrose n'était reconnaissable sur les radios alors que les spécialistes en orthopédie ont mis en évidence une coxarthrose légère (dos. int. 463/4). Toutefois, la Suva a soumis à son médecin-conseil les rapports médicaux des spécialistes en orthopédie desquels il ressort la présence de coxarthrose, lequel s'est exprimé à ce sujet dans un écrit du 22 mai 2019 (dos. int. 478). Après avoir examiné les conclusions figurant dans le rapport relatif à la consultation du 11 avril 2019 (rapport du 15 avril 2019; voir c. 4.1.8 ci-dessus), le spécialiste en chirurgie a comparé les imageries de 2019 avec celles de 2018 et a expliqué de façon détaillée et cohérente que sur les résultats des radiographies du 11 avril 2019, l'espace articulaire était partout le même et qu'aucune irrégularité de la surface articulaire n'était visible. Sur cette base, il a retenu de manière probante que les critères radiographiques d'un début de coxarthrose n'étaient pas évidents sur ces radiographies et qu'une progression d'une pathologie dégénérative n'était pas reconnaissable. Les explications sur ce point convainquent selon un degré de vraisemblance prépondérante (tel qu'exigé en droit des assurances sociales: ATF 144 V 427 c. 3.2), tant dans leur motivation que leur conclusion au contraire de l'appréciation des spécialistes en orthopédie qui jugent comme « possible », le développement d'une légère coxarthrose (« *Es ist möglich, dass sich hier eine leichte beginnende posttraumatische Coxarthrose entwickelt hat* »; dos. int. 463/9). Par conséquent, les conclusions du médecin d'arrondissement s'agissant de l'arthrose sont également convaincantes.

6.5 Contrairement à ce que soutient le recourant, le médecin d'arrondissement n'est pas revenu sur son premier rapport en rédigeant son écrit du 19 mars 2019. En effet, dans ce dernier document, le

spécialiste en chirurgie a précisé quelles activités étaient exigibles de l'assuré (voir c. 4.1.7 ci-dessus) alors que dans le rapport du 12 décembre 2018, il s'était prononcé sur la capacité de travail dans l'ancienne activité, certes, sans spécifier s'il s'agissait de l'activité principale ou secondaire. Des précisions ont toutefois été apportées sur ce point dans les rapports des 25 janvier et 19 mars 2019, desquels il ressort que s'agissant de l'activité accessoire de concierge, la capacité de travail du recourant était pleine et sans diminution de rendement (dos. int. 405/2) et que ladite activité de concierge doit être considérée comme étant une activité légère au sens du profil d'exigibilité posé, de sorte qu'elle peut être exercée à temps plein par l'assuré. Finalement, les rapports des médecins traitants du recourant ne lui sont d'aucun secours. Il est vrai que les spécialistes en orthopédie ont préconisé une reprise partielle de l'activité lucrative tout d'abord en juin 2018, puis en août 2018 (dos. int. 378/4 et 377/2). Les médecins n'ont toutefois pas mentionné si l'incapacité de travail se rapportait à l'ancienne activité de machiniste ou à celle de concierge. Par ailleurs, on comprend mal pourquoi ils ont, d'un côté, reconnu une nette amélioration des plaintes suite à une infiltration et, d'un autre côté, n'ont pas recommandé une reprise de l'activité à plein temps (dos. int. 377/2). Le recourant ne saurait par ailleurs tirer argument de la feuille d'accident LAA (PJ n° 8 de la procédure n° 200.2019.521) puisque l'incapacité de travail attestée n'est pas étayée. Les rapports sont donc trop succincts et insuffisamment motivés à cet égard pour remettre en cause, selon un degré de vraisemblance prépondérante (tel qu'exigé en droit des assurances sociales: ATF 144 V 427 c. 3.2), l'appréciation motivée en détail du médecin d'arrondissement. Quant aux autres documents médicaux ultérieurs (jusqu'à la date des décisions sur opposition querellées) produits par le recourant (voir PJ n° 9 de la procédure n° 200.2019.521; soit les rapports des 8 janvier, 26 mars et 15 avril 2019; voir c. 4.1.8 ci-dessus), s'ils mentionnent certes la persistance des douleurs ressenties par le recourant, ils ne mettent pas en doute la stabilisation de l'état de santé, ni la capacité de travail exigible dans un emploi adapté – malgré les douleurs résiduelles de l'assuré – telles qu'elles émanent des rapports des 12 décembre 2018 et 19 mars 2019 du médecin d'arrondissement.

6.6 Au vu de ce qui précède, c'est donc à raison que l'intimée a suivi les conclusions de son médecin d'arrondissement, selon lesquelles le recourant était capable de travailler à 100% avec une diminution de rendement d'une heure par jour dans son ancienne activité de machiniste dès le 10 mai 2018 et à 100% sans diminution de rendement, depuis la même date, dans son ancienne activité de concierge. Il doit par ailleurs également être retenu que la capacité de travail du recourant est complète et sans diminution de rendement dans une activité adaptée (voir c. 4.1.7 ci-dessus). De ce fait, des investigations médicales supplémentaires telles que requises par le recourant (voir art. 9 recours du 28 juin 2019) ne sont pas nécessaires.

7.

7.1 Il est vrai que la Suva, dans sa décision sur opposition du 27 février 2019, a considéré que la capacité de travail reconnue par le médecin d'arrondissement valait dès le 30 avril 2018, de sorte qu'elle a demandé la restitution des IJ dès cette dernière date alors même que le médecin d'arrondissement a estimé que le recourant était capable de travailler à 100% avec une diminution de rendement d'une heure par jour dans son ancienne activité de machiniste dès le 10 mai 2018 et à 100% sans diminution de rendement, depuis la même date, dans son ancienne activité de concierge. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que le médecin d'arrondissement, dans son rapport du 12 décembre 2018 s'est appuyé notamment sur le rapport d'observation du 14 mai 2018 (et les vidéos y relatives) pour affirmer en particulier que la mobilité du recourant constatée dans les vidéos contrastait fortement avec l'examen personnel du 10 décembre 2018 (dos. int. 402/10). A mesure que l'enquête en question a été menée entre le 30 avril et le 10 mai 2018, il y a lieu d'admettre au degré de la vraisemblance prépondérante, que le profil d'exigibilité vaut dès le début de l'observation au plus tôt, soit le 30 avril 2018, de sorte qu'on ne saurait reprocher à la Suva de s'être distanciée du rapport du médecin d'arrondissement pour fixer la date du début du profil d'exigibilité.

7.2 S'agissant du pourcentage de 12% d'incapacité de travail reconnue par la Suva dans la décision sur opposition du 27 février 2019, il résulte du rapport médical du médecin-conseil du 12 décembre 2018, qui a pleine valeur probante selon les considérants qui précèdent (voir c. 6 ci-dessus), selon lequel le recourant est en mesure de travailler à 100% avec une diminution de rendement d'une heure par jour, soit 35h par semaine (35 x 100% : 40 = 88%). Quant au montant dont le remboursement est exigé, il n'est aucunement contesté par le recourant. Par conséquent, la décision sur opposition du 27 février 2019, en tant qu'elle confirme la restitution de 88% de l'IJ versée s'agissant de l'activité principale et 100% pour l'activité secondaire dès le 30 avril 2018 n'est pas critiquable et doit être confirmée.

8.

8.1 Il convient ensuite de résoudre la question de savoir si l'état de santé du recourant pouvait être considéré, au 31 mai 2019 (terme mis aux indemnités journalières), comme stabilisé, permettant ainsi de passer à l'examen du droit à une rente d'invalidité.

8.2 L'assureur-accidents doit clore le cas d'assurance en cessant la prise en charge du traitement médical ainsi que le versement d'une IJ et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI 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 (art. 19 al. 1 LAA; ATF 143 V 148 c. 3.1.1, 137 V 199 c. 2.1). L'amélioration de l'état de l'assuré doit être examinée notamment d'après l'augmentation ou le rétablissement prévisible de la capacité de travail, dans la mesure où cette dernière est entravée en raison de l'accident assuré. Dans ce contexte, la poursuite envisagée du traitement doit permettre d'escompter une amélioration notable; des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 c. 4.3). Il ne suffit donc pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance (voir notamment ATF 134 V 109 c. 4.3), ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (arrêt TF U 305/03 du 31 août 2004 et les références

citées). La question d'une amélioration de l'état de santé à attendre doit être examinée seulement de façon prospective et non pas sur la base de constatations rétrospectives (JTA LAA 2017/782 du 20 février 2019 c. 5.1 et les références citées).

8.3 En l'occurrence, et comme cela ressort de façon détaillée des considérants qui précèdent (en particulier c. 6.4 ci-dessus) le caractère probant du rapport médical daté du 12 décembre 2018 par le médecin d'arrondissement à la base du profil d'exigibilité susmentionné (voir c. 6.6 ci-dessus) et du constat, prospectif, de stabilisation, établi en toute connaissance des avis médicaux antérieurs au dossier, comprenant de nombreux examens et tentatives de traitement du recourant, est convaincant. A toutes fins utiles, on mentionnera encore que le grief de l'assuré selon lequel la situation médicale ne serait pas stabilisée à mesure que les spécialistes en orthopédie envisagent à bref délai la pose d'une prothèse de hanche ne résiste pas à l'examen. Pour rappel, l'état de fait déterminant, sur lequel le TA doit se prononcer, est celui qui prévalait à la date des deux décisions sur opposition litigieuses, soit au 27 février et 28 mai 2019. Or, en avril 2019, les spécialistes en orthopédie ont dissuadé le recourant d'implanter une prothèse totale de la hanche en raison de son jeune âge (dos. int. 463/9). C'est par conséquent à bon droit que la Suva a jugé que l'état découlant de l'accident s'était stabilisé à tout le moins jusqu'au 28 mai 2019 (date de la décision sur opposition attaquée). Pour ces raisons également, une audition du recourant ne serait pas susceptible d'influencer le sort de la cause, de sorte que la requête dans ce sens doit être rejetée. En outre, n'en contredise le recourant, les prestations de traitement qu'elle a encore admises après ces différents prononcés (notamment prise en charge d'infiltrations, de séances de physiothérapie ou encore d'un appareil TEN) n'entrent pas en contradiction avec le constat de stabilisation. L'art. 21 LAA prévoit de telles prises en charge, qui seraient possibles même après la fixation d'une rente, ces prestations visant en particulier le maintien de l'état. Si une amélioration intervient, elle peut donner lieu à une procédure de révision; quant aux détériorations, elles peuvent faire l'objet d'une annonce de rechute ou de séquelles tardives.

9.

9.1 Il convient ensuite d'évaluer le taux d'invalidité. Il s'agit pour ce faire d'effectuer le calcul sur la base de données valables en 2019 puisque la stabilisation des séquelles accidentelles a été arrêtée au 31 mai de cette année-là.

9.2

9.2.1 Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser selon un degré de vraisemblance prépondérante sans atteinte à la santé, en vertu de ses aptitudes professionnelles et des circonstances personnelles, au moment du début potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1).

9.2.2 Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 143 V 295 c. 2.2). Les revenus provenant d'une activité accessoire doivent être pris en considération dans le revenu d'invalidé lorsqu'il est établi que l'assuré est toujours en mesure, sur le plan médical, de réaliser des revenus d'appoint. De même qu'en ce qui concerne l'activité principale, il convient d'examiner sur la base des avis médicaux quelle activité accessoire est exigible au regard de l'état de santé et dans quelle mesure. Ce principe doit également être appliqué aux revenus qui nécessitent un important engagement temporel en vue de leur réalisation (SVR 2018 UV n° 12 c. 4.5, 2011 IV n° 55 c. 5.2).

9.3 En l'espèce, pour le revenu de valide s'agissant de la période ici en cause (2019), l'intimée s'est fondée à raison sur les indications fournies par les derniers employeurs (activité principale et secondaire) du recourant relatives au salaire que toucherait l'assuré sans atteinte à la santé en tant que machiniste à un taux de 100% en 2019 (voir dos. int. 455/2; Fr. 75'218.- [13 x 5'786.-; dos. int. 423]). L'intimée a également pris en compte le salaire touché par le recourant dans l'activité accessoire de concierge. A ce titre, le montant retenu (et non contesté) n'est pas

critiquable au vu des éléments au dossier (prise en compte de 214 heures de travail par année (voir dos. int. 455/2, 159/4, 161, 167, 170 et 174; Fr. 6'420.- [214 x 30.-]). Il en découle un revenu de valide total de Fr. 81'638.- (Fr. 75'218.- + Fr. 6'420.-).

9.4

9.4.1 Pour le revenu d'invalidé (calculé pour la même année de référence, soit 2019), dès lors que le recourant n'exerçait pas d'activité lucrative correspondant au profil d'exigibilité susmentionné (voir c. 6.6 et 4.1.7 ci-dessus) pendant la période litigieuse, l'intimée s'est à juste titre basée sur les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Selon ceux-ci, le recourant pourrait réaliser un revenu mensuel de Fr. 5'340.- (ESS 2016, Tableau TA1 "Salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe, Secteur privé, Total, Niveau de compétences 1, Hommes") ou Fr. 64'080.- par an. Comme les salaires bruts standardisés de l'ESS sont fondés sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures, il convient de les réévaluer, comme l'a très justement fait l'intimée, en fonction de la durée de travail hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises, soit 41,7 heures par semaine (ATF 126 V 75 c. 3b/bb). Le salaire annuel correspond ainsi à Fr. 66'803.40 qu'il convient toutefois d'adapter au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (voir ATF 144 I 103 c. 5.3, 134 V 322 c. 4.1; SVR 2017 IV n° 52 c. 5.1). Indexé à 2019, ce revenu est porté à Fr. 67'996.85 (selon la table T39, "Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels", 2010 - 2019, colonne "Hommes", indices [base 1939 = 100] 2016: 2'239; 2019: 2'279; et non Fr. 67'743.- comme indiqué par l'intimée). A ce revenu doit être ajouté le salaire pour le travail accessoire, soit Fr. 6'710.63.- (Fr. 67'996.85 : 2'168.4 [41.7 x 52] x 214 heures; et non Fr. 6'686.-). Il en résulte un montant total de Fr. 74'707.-

9.4.2 Se pose enfin la question d'un éventuel abattement à appliquer sur le revenu d'invalidé, ce qu'a nié la Suva. A cet égard, il faut tenir compte du fait que le travailleur invalide, lorsqu'il accomplit un travail non qualifié, reçoit en règle générale, même sur un marché du travail équilibré, un salaire inférieur à celui d'un salarié valide, car son rendement est en

général inférieur en raison de son handicap; il convient dès lors de procéder à un abattement sur le revenu statistique pris en compte (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximal de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2018 IV n° 46 c. 3.3). Il est à noter que les restrictions de santé déjà intégrées dans l'évaluation de la capacité de travail au plan médical ne peuvent être également prises en compte dans la fixation de l'abattement lié au handicap, sous peine de donner lieu à une double comptabilisation du même aspect (SVR 2018 IV n° 45 c. 2.2). Selon la jurisprudence, le tribunal des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; l'autorité de recours doit donc s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la plus appropriée (ATF 126 V 75 c. 6; SVR 2020 ALV n° 11 c. 3.3).

9.4.3 La Suva n'a pas motivé plus avant le refus de prise en compte d'un abattement mais s'est limitée à renvoyer aux constatations médicales de son médecin d'arrondissement (voir art. 5 mémoire de réponse du 20 août 2019). De son côté, le recourant ne fait, à juste titre, pas valoir son âge (38 ans à la date des décisions contestées; ATF 146 V 16 c. 4.1), ni son permis C (voir TF 9C_808/2015 du 29 février 2016 c. 3.5, 9C_81/2011 du 28 mars 2011 c. 4.3) comme facteurs d'abattement par rapport au niveau 1 de la table ESS. S'agissant ensuite de la prise en compte d'un abattement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré telle que requise par celui-ci, il convient de relever que le niveau 1 de la table ESS (retenu par la Suva dans le calcul du revenu d'invalidité) s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers (voir parmi d'autres, TF 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 c. 8.6,

9C_633/2017 du 29 décembre 2017 c. 4.3). Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (TF 8C_549/2019 du 26 novembre 2019 c. 7.7, 8C_732/2019 du 19 octobre 2020 c. 4.5). En revanche, la jurisprudence accorde la prise en compte d'un abattement si un assuré est limité dans sa capacité à effectuer même des travaux physiquement légers et non qualifiés (ATF 126 V 75 c. 5a/bb). En l'occurrence, les limitations fonctionnelles du recourant le confinent à des activités dans lesquelles il serait contraint d'alterner les positions assise, debout et de marche et dans lesquelles il devrait éviter de soulever et de transporter de manière répétitive des objets de plus de 15 kg, de travailler constamment sur un terrain inégal ou dangereux, de même qu'en position accroupie basse et avec des machines qui frappent et vibrent et de travailler en permanence sur des échelles et des échafaudages (voir c. 4.1.7 ci-dessus). Si chacune de ces limitations peut sembler peu contraignante, la somme de celles-ci constitue un désavantage certain dans des activités de production et de services encore exigibles de sa part par rapport à des travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels, puisqu'il s'agit là précisément de handicaps restreignant même l'exercice d'une activité légère d'auxiliaire. En effet, les limitations relatives au terrain (pas de travail sur un terrain inégal ou dangereux) ou sur des échafaudages, l'éloignent de nombreux métiers du domaine de la construction alors que les limitations relatives à l'alternance des positions assise, debout et de marche le limitent dans des activités sédentaires de production ou de service. Finalement, de nombreux métiers de production notamment dans le domaine de l'industrie nécessitent le port de charge. Dans ce cadre, même par rapport à des emplois du niveau 1 ESS, ces handicaps justifient un abattement de 5% à 10% (voir TF 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 c. 3.3.4.3, exemple impliquant une activité à plein temps sans diminution de rendement où le TF admet qu'un abattement de 5% se justifie ou encore TF 9C_742/2019 du 15 juin 2020 c. 5.2.2 comportant des problèmes de douleurs chroniques au niveau de la hanche et une incapacité de travail de 50% où le TF

consent à un abattement de 10%). Par conséquent, eu égard aux éléments susmentionnés, il se justifie de pratiquer un abattement de 10%.

9.5 Il résulte de ces considérations que la comparaison des revenus de valide et d'invalidé, avec un abattement de 10%, met en évidence une perte de gain de Fr. 14'401.70 (Fr. 81'638.- – 67'236.30 [90% x Fr. 74'707.-]), ce qui engendre une invalidité de 17.64% soit, arrondie à 18% (ATF 130 V 121 c. 3.2 et 3.3). C'est donc à tort que la Suva a refusé le droit à une rente d'invalidité au recourant, de sorte que le recours doit être admis dans cette mesure et la Suva doit être invitée à verser une rente fondée sur un taux d'invalidité de 18%.

10.

10.1 Reste à examiner la question d'un éventuel droit à une IPAI. Le recourant considère que l'arthrose mise en avant par les spécialistes en orthopédie lui donne droit à une indemnité oscillant entre 10% et 30%.

10.2 D'après l'art. 25 al. 2 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité. Il a fait usage de cette délégation de compétence à l'art. 36 OLAA. L'al. 1 de cette disposition prescrit qu'une 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. L'al. 2 prévoit que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Dans cette annexe, le Conseil fédéral a édicté un barème des indemnités selon une liste non exhaustive d'atteintes fréquentes et typiques, laquelle a été reconnue comme étant conforme à la loi (ATF 124 V 29 c. 1b). Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, on appliquera le barème par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 § 2 de l'annexe 3; ATF 116 V 156 c. 3a).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci est évaluée d'après le diagnostic médical. En cas de

diagnostic identique, l'atteinte à l'intégrité est la même pour tous les assurés; elle est évaluée de manière abstraite et égalitaire (ATF 124 V 29 c. 3c). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue de la réparation morale au sens du droit civil, qui vise un dommage immatériel individuel et tient compte des circonstances particulières. Contrairement à la fixation de la réparation morale en droit civil, pour l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il y a lieu d'assimiler les séquelles accidentelles semblables et d'établir des règles générales de calcul fondées sur des bases médicales; à cet égard, les handicaps individuels particuliers résultant de l'atteinte à l'intégrité ne sont pas pris en considération. L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité ne dépend dès lors pas des circonstances particulières du cas d'espèce; il ne s'agit pas non plus d'estimer une injustice subie, mais de déterminer sur une base médicale théorique l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale, sans tenir compte de facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 c. 1, 113 V 218 c. 4b; RAMA 1997 p. 207 c. 2a).

10.3 D'emblée il faut rappeler que par son opposition du 1^{er} mai 2019 dirigée contre la décision du 11 avril 2019, le recourant n'a pas contesté formellement le refus de l'octroi d'une IPAI, de sorte que s'agissant de cette partie du litige, la décision du 11 avril 2019 est entrée en force (voir U. KIESER, *op. cit.*, 2020, art. 52 n° 51). Dans la mesure où le recourant conclut à l'octroi d'une IPAI, son recours est partant irrecevable (voir c. 1.2 et 1.3 ci-dessus). En tout état de cause, il ressort de l'appréciation du médecin d'arrondissement (jugée pleinement probante; voir c. 6 ci-dessus), qu'au vu de la situation d'ensemble, l'atteinte n'atteint pas le degré de gravité suffisant pour l'octroi d'une IPAI (dos. int. 402/10; puis confirmé dans un rapport du 22 mai 2019 [dos. int. 478/22]), de sorte qu'il y a lieu de se rallier aux conclusions du spécialiste en chirurgie également sur ce point (voir art. 1 Annexe 3 OLAA). Certes, les cicatrices causées par l'accident d'octobre 2015 ne sont pas négligeables (voir PJ n° 14 ss de la procédure n° 200.2019.521). C'est toutefois en pleine connaissance de cause que le médecin d'arrondissement a considéré que l'atteinte n'atteignait pas la limite pour l'octroi d'une IPAI (dos. int. 402/10) puisque son appréciation est fondée sur un examen personnel avec le recourant. Quant à la présence d'arthrose, justifiant selon le recourant l'octroi d'une IPAI entre 10% et 30%,

force est de constater que le médecin d'arrondissement a considéré, dans ses évaluations médicales jugées pleinement probantes, que les critères d'une coxarthrose n'étaient pas remplis (dos. int. 478/22). Sur cette base, il apparaît qu'il n'existe pas de droit à une IPAI. Le recours devrait être rejeté sur ce point s'il était recevable et la décision sur opposition du 28 mai 2019 confirmée.

11.

11.1 Il découle des considérants qui précèdent que le recours du 1^{er} avril 2019 doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et l'obligation de restitution de l'assuré confirmée quant aux prestations qui lui ont été allouées à tort depuis le 30 avril 2018 pour un montant total de Fr. 35'991.-. Si le recourant estime encore qu'il en remplit les conditions et si tel n'a pas encore été le cas (voir dans ce sens c. 8 de la décision sur opposition), il lui appartient d'introduire auprès de l'intimée une demande de remise de l'obligation de restituer, motivée, accompagnée des pièces nécessaires, dans les 30 jours à compter de l'entrée en force du présent jugement (voir art. 4 al. 1, 2 et 4, ainsi qu'art. 5 OPGA).

S'agissant du recours du 28 juin 2019 contre la décision sur opposition du 28 mai 2019, il doit être admis partiellement en ce sens que c'est à tort que la Suva a refusé le droit à une rente d'invalidité au recourant, de sorte que la décision contestée doit être annulée dans cette mesure et la cause (procédure n° 200.2019.521) renvoyée à l'intimée afin qu'elle procède au calcul du montant de la rente due au recourant, fondée sur un taux d'invalidité de 18%. Pour le surplus, le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.

11.2 Il n'est pas perçu de frais de procédure dans les deux procédures n° 200.2019.254 et n° 200.2019.521 (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020; voir disposition transitoire à la modification du 21 juin 2019 de la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021 [RO 2020 513]).

11.3 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens dans la procédure n° 200.2019.254, ni au recourant qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée (art. 61 let. g LPGA; ATF 128 V 124 c. 5b, 127 V 205 c. 3a, 126 V 143 c. 4a; RAMA 1990 p. 195). Le recourant a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite (voir c. 11.5 ci-dessous).

11.4 S'agissant des dépens dans la procédure n° 200.2019.521, ceux-ci doivent être liquidés, sous réserve de la requête d'assistance judiciaire, en fonction d'un gain partiel, qu'il y a lieu d'estimer à une part de 1/2 (le recourant ayant conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité correspondant au degré d'incapacité de gain reconnu et à l'octroi d'une IPAI). Le recourant a droit au remboursement de la moitié de ses dépens relatifs à cette procédure (art. 61 let. g LPGA; 104 al. 1 et 3 et 108 al. 3 LPJA). Au vu des notes d'honoraires des 30 octobre 2019 et 20 novembre 2020 déposées dans le cadre de la procédure n° 200.2019.521 de son mandataire, dont les montants totaux ne prêtent pas à discussion, compte tenu de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, les honoraires sont fixés à Fr. 2'672.80 ($\frac{1}{2}$ x [honoraires de Fr. 3'753.- + Fr. 1'080.-, débours de Fr. 99.15 + Fr. 31.25 et TVA de Fr. 296.60 + Fr. 85.55]). Dans la mesure du gain partiel, la requête d'assistance judiciaire est sans objet.

11.5 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné à une partie si les circonstances de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

11.5.1 En l'espèce, au moment de l'introduction du premier recours du 1^{er} avril 2019, le recourant n'était pas encore bénéficiaire de l'aide sociale (voir courrier du 2 juillet 2019 [bénéficiaire depuis le 1^{er} juin 2019]; dos. TA dans la procédure n° 200.2019.521). Toutefois, au vu de la situation personnelle des époux, des pièces produites et des directives (annexe 1 de la circulaire n° B1 concernant le calcul du minimum d'existence, disponible

sur le site internet du TA), il apparaît que les dépenses dépassent le revenu du couple. En effet, une partie des charges mensuelles qui peuvent être prises en compte, soit: minimum vital du couple majoré de 30% (Fr. 2'210.-), ainsi que celui (également majoré) des enfants, soit une fois Fr. 780.- (pour l'enfant né en 2004) et Fr. 520.- (pour l'enfant né en 2012), intérêts hypothécaires (Fr. 286.30), assurances maladie (Fr. 237.10 + Fr. 210.65 + Fr. 45.10 + Fr. 46.60, sous déduction du subside cantonal) atteignent un total de Fr. 4'335.75 alors même que le revenu du couple (IJ versées au recourant jusqu'au 31 mai 2019) atteint Fr. 651.- (voir PJ n° 3 de la procédure n° 200.2019.521; la femme du recourant n'exerçant pas d'activité lucrative). Il est ainsi manifeste que les charges retenues dépassent les revenus, ce qui conduit à la réalisation de la condition formelle de l'assistance judiciaire. En ce qui concerne la condition matérielle posée pour l'octroi de l'assistance judiciaire, on ne saurait déclarer que les causes étaient d'emblée dépourvues de toute chance de succès (ATF 140 V 521 c. 9.1). Par ailleurs, vu la complexité de la matière juridique et médicale, on ne peut nier par ailleurs le caractère justifié d'un mandataire professionnel devant le TA (ATF 103 V 46 c. 1b). Les requêtes peuvent dès lors être admises. L'assuré est mis au bénéfice de l'assistance judiciaire et le mandataire du recourant est désigné en tant que mandataire d'office pour les deux procédures.

11.5.2 Au vu des notes d'honoraires des 30 octobre 2019 et 20 novembre 2020 dans la procédure n° 200.2019.254, il convient de mentionner qu'il doit être tenu compte uniquement de l'activité déployée par ce mandataire au cours de la seule présente procédure judiciaire (soit dès réception de la décision sur opposition du 27 février 2019), de sorte qu'il convient de déduire sept heures à Fr. 270.- l'heure de la note d'honoraires du 30 octobre 2019 ainsi que Fr. 30.- de débours pour ce motif également. Par conséquent, s'agissant de la note d'honoraires du 30 octobre 2019, les honoraires sont fixés à Fr. 4'679.65 (honoraires de Fr. 4'225.50 [15.65 heures x Fr. 270]; débours de Fr. 119.60 [Fr. 149.60 – Fr. 30.-] et TVA de Fr. 334.55). A ce montant doivent être ajoutés les honoraires complémentaires de la note du 20 novembre 2020, qui ne prête pas flanc à la critique, d'un montant de Fr. 1'196.80 (honoraires de Fr. 1'080.-; débours de Fr. 31.25 et TVA de Fr. 85.55), soit un montant total de Fr. 5'876.45

(honoraires de Fr. 5'305.50 [Fr. 4'225.50 + Fr. 1'080.-; débours de Fr. 150.85 [Fr. 119.60 + Fr. 31.25] et TVA de Fr. 420.10 [Fr. 334.55 + Fr. 85.55]). Eu égard à la jurisprudence du TF relative à la rétribution des défenseurs d'office (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 4'395.10 au titre du mandat d'office, à savoir des honoraires de Fr. 3'930.- (19.65 heures à Fr. 200.-, selon l'art. 1 de l'ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocats et avocates commis d'office [ORA, RSB 168.711]), des débours de Fr. 150.85 et la TVA sur ces montants de Fr. 314.25 (voir aussi les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], ainsi que l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811]). Le recourant doit en outre être rendu attentif à son obligation de remboursement (envers le canton et son avocat) s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

11.5.3 Au vu des notes d'honoraires des 30 octobre 2019 et 20 novembre 2020 déposées dans le cadre de la procédure n° 200.2019.521, de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, les honoraires pour la part pour laquelle le recourant succombe sont taxés à Fr. 2'672.80 ($\frac{1}{2}$ x [honoraires de Fr. 3'753.- + Fr. 1'080.-, débours de Fr. 99.15 + Fr. 31.25 et TVA de Fr. 296.60 + Fr. 85.55]). Eu égard à la jurisprudence du TF (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 1'998.05 au titre du mandat d'office (honoraires: Fr. 1'790.- [soit $\frac{1}{2}$ x 17.90 heures à Fr. 200.-]; débours: Fr. 65.20 [soit: $\frac{1}{2}$ x Fr. 130.40]; TVA: Fr. 142.85; voir les art. 1 ORA et 41 et 42 LA ainsi que l'art. 13 ORD). Le recourant doit en outre être rendu attentif à son obligation de remboursement (envers le canton et son avocat) s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 CPC).

Par ces motifs:

1. Les procédures n° 200.2019.254 et 200.2019.521 sont jointes.
2. Le recours du 1^{er} avril 2019 (n° 200.2019.254) est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
3. Le recours du 28 juin 2019 (n° 200.2019.521) est admis partiellement et la décision sur opposition du 28 mai 2019 est annulée dans la mesure où une rente d'invalidité de 18% est accordée au recourant. La cause est renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision en ce sens. Pour le surplus, le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
4. Dans la mesure où elles ne sont pas sans objet, les requêtes d'assistance judiciaire du 1^{er} avril 2019 et du 28 juin 2019 sont admises et Me B._____ est désigné avocat d'office dans les procédures n° 200.2019.254 et n° 200.2019.521.
5. Il n'est pas perçu de frais de procédure dans les deux procédures n° 200.2019.254 et n° 200.2019.521.
6. Il n'est pas alloué de dépens dans la procédure n° 200.2019.254.
7. La Suva versera au recourant la somme de Fr. 2'672.80.- (débours et TVA compris) au titre de participation à ses dépens pour la procédure n° 200.2019.521. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens.
8. Les honoraires de Me B._____ dans la procédure n° 200.2019.254 sont taxés à Fr. 5'305.50, auxquels s'ajoutent les débours par Fr. 150.85 et la TVA de Fr. 420.10, la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 4'395.10 (honoraires: Fr. 3'930.-, débours: Fr. 150.85 et TVA: Fr. 314.25) au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer envers le canton prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
9. Les honoraires de Me B._____ dans la procédure n° 200.2019.521, dans la mesure où le recourant n'obtient pas gain de cause, sont taxés

à Fr. 2'416.50, auxquels s'ajoutent les débours par Fr. 65.20 et la TVA de Fr. 191.10, la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 1'998.05 (honoraires: Fr. 1'790.-, débours: Fr. 65.20 et TVA: Fr. 142.85) au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer envers le canton prévue par l'art. 123 CPC est réservée.

10. Le présent jugement est notifié (R):
- au recourant, par son mandataire,
 - à l'intimée, par son mandataire,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

Le président:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).