

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 septembre 2017

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
 M. Bonard et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffière : Mme Laurency

* * * * *

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Me Aurore Estoppey, avocate à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à [...], intimée.

Art. 49, 51 et 53 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1975, a travaillé à 100 %, à partir du 23 janvier 2015, en tant que contremaître, pour un salaire annuel brut de 108'000 fr., auprès de la société K._____ SA, ayant pour administratrice avec signature individuelle l'épouse de l'assuré et pour but social la pose de parquet, moquette, linoléum, carrelage, peinture et nettoyage, ainsi que l'import-export lié à ce but social. F._____ était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).

B. Victime d'une chute sur une plaque de glace le 6 février 2015, l'assuré a souffert de contusions au bras droit, au coude droit et à la jambe droite selon la déclaration de sinistre datée du 9 mars 2015. Ce document indiquait une incapacité de travail à partir du 6 février 2015 pour une durée probable supérieure à un mois. Dans la rubrique « *Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)* » figurait la mention « *Bureau* », ainsi que « *Contremaître* » pour la profession exercée.

Un certificat médical établi le 13 février 2015 par le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, constatait une incapacité de travail à 100 % à partir du 6 février 2015 jusqu'au 23 février 2015. Cette incapacité totale a été régulièrement réévaluée par le Dr W._____ et attestée par des certificats médicaux successifs jusqu'au 29 février 2016. A partir du 1^{er} mars 2016, un taux d'activité à 50 % a été retenu par le Dr W._____ selon les certificats médicaux des 29 février, 18 avril et 7 juin 2016. Aucune indication complémentaire ne figure sur lesdits documents quant au motif de l'incapacité.

Par courrier du 11 mars 2015 adressé à l'assuré, ainsi qu'à la société K._____ SA, la SUVA a indiqué allouer des prestations suite à

l'accident précité à partir du 9 février 2015, les indemnités journalières - versées directement par l'employeur - s'élevant à 236 fr. 75.

Par pli du 7 mai suivant, envoyé en copie à la société K._____ SA, la SUVA a informé l'assuré que son droit à l'indemnité journalière était de 161 fr. 55 dès le 9 février 2015.

Répondant à cet envoi le 12 mai 2015, la société K._____ SA a constaté que la SUVA n'avait versé qu'une indemnité journalière de 161 fr. 55 pour la période du 9 février au 30 avril 2015 alors qu'elle avait annoncé une indemnité journalière de 236 fr. 75, qui avait au demeurant été payée par la société à l'assuré jusqu'au 30 avril 2015. L'employeur a par conséquent demandé à la SUVA le règlement de la différence. Il a également transmis le contrat de travail de son employé engagé en tant que contremaître (contrat comportant la mention suivante : « *Si cela devait s'avérer nécessaire, nous pourrions vous confier l'exécution d'autres tâches demeurant dans la mesure du possible* »), les bulletins de salaire pour janvier et février 2015 - calculé sur la base d'un salaire mensuel brut de 9'000 fr. - et trois « *attestations de salaire d'indemnité SUVA* » pour les mois de février à avril 2015, faisant état des montants payés.

Un rapport reçu par la SUVA le 20 mai 2015, mais rédigé le 17 février 2015 par la Dresse U._____, spécialiste en radiologie à la Clinique D._____ à [...], suite à une radiographie de l'omoplate droite, du coude droit et de la hanche droite, décrivait ce qui suit :

« Pas de fracture de l'omoplate droite, de l'épaule droite, du coude droit ou de la hanche droite.
Bonne conservation de la sphéricité de la tête fémorale droite.
Structures osseuses globalement sans particularité. »

Aux termes du rapport médical initial LAA du Dr W._____ du 9 mai 2015 (réceptionné le 20 mai 2015 par la SUVA), le diagnostic de contusion à l'omoplate droite, au coude droit, à la hanche droite et au poignet droit a été retenu. Le Dr W._____ a proposé à titre de thérapie des AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens] et de la physiothérapie

antalgique, en précisant une incapacité de travail du 6 février au 18 mai 2015, avec réévaluation à cette date.

Par décision du 16 juin 2015, la SUVA a fixé l'indemnité journalière due à l'assuré à 161 fr. 55 en prenant en compte un salaire annuel de 73'697 fr., conformément à la convention collective des carreleurs et poseurs de sols de la FVE à [...] pour l'année 2015. La SUVA a relevé que ni l'assuré, ni son employeur n'avaient pu apporter la preuve du versement d'un salaire de 108'000 fr. brut par année et qu'il était peu crédible que l'assuré ait été engagé à ces conditions, au vu des salaires usuels dans l'entreprise.

Selon le rapport médical intermédiaire du Dr W._____ du 24 juin 2015, une contusion à la hanche droite et à l'aile iliaque droite, des contusions à l'omoplate droite et au coude droit, ainsi qu'au poignet droit, ont été diagnostiqués chez l'assuré. Sous la rubrique « *Evolution et état actuel des troubles/de la maladie (influences subjectives et objectives)* » figurait l'indication d'une diminution des douleurs de l'omoplate, du coude et du poignet droits, avec néanmoins une persistance de douleurs importantes à la hanche et à l'aile iliaque droites. Le Dr W._____ a mentionné un traitement par physiothérapie antalgique et la planification d'une IRM [imagerie par résonance magnétique] du bassin. S'agissant de la durée prévisible du traitement, le médecin a relevé qu'il était difficile de se prononcer et que les plaintes et l'incapacité de travail perduraient. Il a aussi évoqué la nécessité d'une consultation spécialisée à l'hôpital orthopédique en cas de persistance des plaintes.

Le rapport du 26 juin 2015 de la Dresse J._____, spécialiste en radiologie, établi suite à une radiographie du thorax (face), concluait à une opacité ovalaire de 6 mm de diamètre en projection antérieure sur le cliché de profil à confronter aux antériorités du patient et, le cas échéant à un scanner thoracique. La Dresse J._____ n'a pas noté de particularité s'agissant du cadre osseux et des parties molles.

Par courrier recommandé du 9 juillet 2015, la société K._____ SA a réitéré que le salaire mensuel brut de son employé était de 9'000 fr. et renvoyé des documents déjà versés au dossier de la SUVA.

Suite à un examen de l'assuré, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin conseil de la SUVA, a rédigé un rapport le 21 juillet 2015 relevant notamment les éléments suivants :

Déclaration de l'assuré :

L'assuré est suivi par le Dr W._____ à [...] qui l'a vu pour la dernière fois à fin juin. Le prochain rendez-vous est prévu le 22.07.2015.

L'antalgie est faite de la prise quotidienne de 4cp d'Irfen® 600 mg. Le patient prend également du Nexium® 2x/jour. Il applique un patch AINS sur sa hanche D.

[...] L'assuré décrit une douleur transfixiante de la hanche D, comme si une épée traversait son articulation d'avant vers l'arrière.

[...] Le matin, il a mal jusqu'à mi-journée puis, alors qu'il est en mouvement, les douleurs sont moindres l'après-midi.

Par moments, le patient applique de l'eau chaude sur sa hanche D, ce qui le soulage. A plat, son périmètre de marche n'excède pas 1h.

Sur demande, l'assuré ne rapporte aucun antécédent au niveau de sa hanche D avant l'accident du 06.02.2015.

Globalement, l'assuré a un peu moins mal au niveau de sa hanche D mais par périodes, particulièrement après la physiothérapie, les douleurs sont péjorées.

[...]

Appréciation :

L'assuré, contremaître, glisse sur une plaque de verglas le 06.02.2015. Le bilan radiologique initial ne montre pas de lésion osseuse pour ce qui concerne l'omoplate, le coude, le poignet et la hanche D.

Le Dr W._____ nous rapporte un diagnostic de contusions et un traitement symptomatique de physiothérapie est instauré. Une IRM du bassin a été effectuée il y a 2 semaines et nous ne sommes pas en possession du rapport radiologique ni des images.

Subjectivement, l'assuré garde des douleurs au niveau de la hanche D alors qu'il estime avoir bien récupéré en ce qui concerne l'épaule et le coude D. Les douleurs de la hanche D sont transfixiantes,

prépondérantes le matin au réveil ainsi que durant la nuit avec interruption du sommeil à 1h du matin et impossibilité de se rendormir. Le traitement de physiothérapie suivi 3x/semaine péjore les douleurs après les séances de physiothérapie mais semble apporter un soulagement le lendemain.

Objectivement, il s'agit d'un assuré en excès pondéral qui marche sans réelle boiterie dans la salle d'examen. La marche sur les talons et sur la pointe des pieds révèle une discrète boiterie d'épargne du membre inférieur D. L'accroupissement est profond, en se tenant au lit d'examen. Des douleurs sont présentes à la mobilisation de la hanche D en fin d'amplitudes pour la flexion-extension ainsi que pour les rotations. Le test d'impingement est douloureux à D. Radiologiquement, l'architecture de la jonction tête-col du fémur à D évoque un possible conflit fémoro-acétabulaire.

Il convient de recueillir les images IRM du bassin effectuée il y a 2 semaines ainsi que le rapport radiologique. Il s'agira d'évaluer si une lésion labrale est survenue à la suite de l'accident du 06.02.2015.

[...]

En cas de lésion avérée au niveau de l'articulation coxo-fémurale, il s'agira d'adresser le patient à un chirurgien spécialisé dans cette pathologie.

L'incapacité de travail actuelle est justifiée jusqu'à éclaircissement des points mentionnés ci-dessus. »

A teneur du document du 9 juillet 2015 (reçu par la SUVA le 29 juillet 2015), la situation suivante était décrite par le Dr K. _____, spécialiste en radiologie au Centre d'imagerie diagnostique à [...] :

« **SCANNER DU BASSIN**

Douleurs dans la région de la crête iliaque droite. Fracture ?

[...]

Intégrité des crêtes iliaques de même que, plus globalement, du pelvis osseux, sans fracture.

Petits puis synoviaux des cols fémoraux, sans spécificité. Îlot d'os cortical dense d'apparence banale de la tête fémorale droite.

Pas d'anomalie des tissus mous.

CONCLUSION

Pelvis sans fracture décelable. »

Le Dr P._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin d'arrondissement de la SUVA, a émis l'avis suivant en date du 7 août 2015 :

« Au vu des dernières pièces au dossier, en particulier le rapport du Ct-scan du bassin du 09.07.15 qui ne nous apporte pas grand élément diagnostique, je pense que le seul moyen d'exclure une lésion labrale est de pratiquer rapidement une arthro-IRM avec séquences radiaires de la hanche. Si pas de lésion labrale mise en évidence, on pourra alors conclure sur une pathologie de conflit pré-existante, décompensée de manière transitoire par l'événement traumatique »

Par courrier du 12 août 2015, la SUVA a informé la société K._____ SA, en réponse à son envoi du 9 juillet 2015, que l'assuré n'avait pas fait opposition à la décision du 16 juin 2015 et que les documents remis n'apportaient aucun élément nouveau.

Par pli du 31 août 2015, la société K._____ SA a à nouveau demandé la rectification du montant de l'indemnité journalière à 236 fr. 75 en invoquant que ce n'était pas à l'assuré de faire opposition, mais à la société dès lors qu'elle était sous contrat avec la SUVA et non l'assuré.

Suite à une arthro-IRM de la hanche droite effectuée le 3 septembre 2015, les conclusions du rapport de la Dresse C._____, spécialiste en radiologie auprès de la Clinique M._____, étaient les suivantes :

« Petite désinsertion du labrum antéro-supérieur à 2h.
Micro-ossifications du labrum à 12h sans déchirure associée à ce niveau.
Absence de chondropathie coxo-fémorale.
Morphologie de conflit fémoro-acétabulaire avec un bombement osseux modéré de la jonction tête-col fémoral de 1h à 3h.
Présence de 3 petites plages d'œdème osseux de l'aile iliaque droite, partiellement visualisées sur cette arthro-IRM de hanche et pouvant éventuellement faire l'objet d'une IRM du bassin avec injection intra-veineuse de Gadolinium afin de mieux caractériser ces anomalies [...] »

Le rapport précité a été soumis par la SUVA au Dr P._____ le 10 septembre 2015 avec les questions suivantes :

« - Est-ce que les "troubles" pour lesquels notre assuré se plaint de douleurs à ce jour sont en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 06.02.2015 ?

- Dans la négative, jusqu'à quand notre responsabilité est engagée ?

- Dans l'affirmative, est-ce que les troubles constatés justifient une incapacité de travail à 100% dans l'activité de "contremaître - pose de sols" ?

- Dans la négative, à quel taux notre assuré pourrait travailler et à partir de quelle date ? »

Le Dr P. _____ a répondu le 11 septembre 2015 comme suit :

« 1. Causalité à admettre au vu de la lésion du labrum
2. Essai de reprise à 50% dès le 21.09.2015 »

Par pli du 19 octobre 2015, la SUVA a requis de l'assuré la transmission sans délai de différents documents, dont notamment la « *preuve du paiement du salaire (extrait de compte et coordonnées bancaires)* ». La SUVA a également fait savoir à l'assuré que ce n'était qu'à réception de ces documents qu'elle pourrait se prononcer sur la question du droit aux prestations et l'a prié de prendre note que dans l'intervalle, elle suspendait le droit aux prestations d'assurance.

Par correspondance du 27 novembre 2015, G. _____ SA, société fiduciaire à [...], a entre autres envoyé à la SUVA des « *attestations de salaire d'indemnités SUVA* » pour les mois de février à septembre 2015, signées ni par l'assuré, ni par l'employeur, faisant état de versement d'indemnité journalière en main propre à hauteur de 236 fr. 75.

Remis par courriel du 9 décembre 2015 de la société G. _____ SA, le rapport médical intermédiaire établi par le Dr W. _____ le 8 décembre 2015 indiquait à titre de diagnostic une désinsertion labrale antéro-supérieure, ainsi qu'un conflit fémuro-acétabulaire mixte. Le Dr W. _____ a relevé une persistance de la douleur de la hanche et un suivi auprès de l'Hôpital orthopédique, Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier B. _____, pour un traitement adapté. S'agissant du pronostic, de la durée du traitement et de la persistance du problème, le

Dr W._____ a mentionné à chaque rubrique : « *Il est difficile de se prononcer* ». Il a encore précisé qu'un contrôle d'évaluation avec le médecin d'arrondissement était souhaitable.

La SUVA a réceptionné le 19 janvier 2016 un rapport du 12 octobre 2015 du Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, adressé au Dr W._____, ayant le contenu suivant :

« **Anamnèse**

Patient de 39 ans qui a présenté au mois de février 2015 une chute sur l'hémi-corps droit avec comme diagnostic initial des contusions multiples au niveau de la hanche, de l'épaule et du coude à droite.

Depuis lors, le patient garde une persistance de coxodynies droites prédominant de façon nocturne et sont ressenties au niveau de la région trochantérienne ainsi que du pli inguinal à droite.

Monsieur F._____ n'a pas remarqué de facteur favorisant ou diminuant les douleurs. Elles sont contenues par traitement de Dafalgan et d'Ibuprofen. Il n'a pas d'allergie connue.

Le patient est actuellement à l'arrêt de travail comme contremaître dans une société de construction.

Status

On retrouve des douleurs à la palpation de la région trochantérienne sans irradiation particulière. Dans la salle d'examen, ce jour, la marche se fait sans boiterie. Trendelenburg négatif mais appui monopodal sur le MID provoquant des douleurs dans la région du pli inguinal. Bassin équilibré. Pas d'inégalité de longueur des MI.

En décubitus dorsal, les MI sont normo-axés. Le status au niveau de la hanche gauche est sans particularité hormis un petit doute sur le signe d'impingement.

Les 2 genoux montrent un status dans la norme. Il n'y a pas de douleur à la palpation et à la percussion du rachis lombaire.

Au niveau de la hanche droite, on retrouve une F/E de 110-0-10° avec, en fin de flexion, des douleurs ressenties au niveau de la région trochantérienne et du pli de l'aîne. Rotation externe à 45 à 50°, rotation interne 10 à 15°. Test d'impingement provoquant quelques douleurs au niveau du pli inguinal à droite. Le test d'appréhension provoque des douleurs antérieures au niveau du pli inguinal. Pas de troubles neurologiques. Lasègue négatif.

[...]

Conclusions, traitement et évolution

Monsieur F._____ présente donc des coxodynies dans le cadre d'une désinsertion labrale antéro-supérieure à 2h ainsi que d'un conflit fémoro-acétabulaire de type mixte.

J'ai déjà abordé, avec Monsieur F._____, les différentes alternatives thérapeutiques qui sont l'abstention, la réalisation d'une infiltration-test et en cas de bonne réponse à celle-ci, la réalisation d'une chirurgie conservatrice de hanche sous arthroscopie avec

réinsertion labrale, et correction du conflit fémoro-acétabulaire tant au niveau du cotyle que de la jonction tête-col.

Monsieur F. _____ désire rediscuter de ceci avec vous et je vous propose, si votre patient souhaite aller dans le sens d'une prise en charge chirurgicale, de le réadresser au Dr R. _____, médecin associé du team hanche à l'hôpital orthopédique. »

Le 29 janvier 2016, l'assuré a été examiné par le Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la SUVA. Il ressort de son rapport ce qui suit :

« **Appréciation**

Poseur de sols/carreleur, né en 1975, qui a présenté des troubles douloureux de la hanche D, qui se sont déclarés après glissade et chute le 06.02.2015. Les investigations pratiquées dans le décours de l'accident ont finalement mis en évidence une petite désinsertion du labrum antéro-supérieur et un œdème osseux de l'aile iliaque D, vraisemblablement post-contusionnel. Les troubles douloureux s'améliorent lentement. L'assuré a revu tout dernièrement le Dr R. _____ du team hanche au Centre hospitalier B. _____, qui ne retient, pour l'instant, pas d'indication chirurgicale au vu de l'amélioration actuelle mais laisse cette option ouverte en cas d'aggravation des douleurs après la reprise du travail.

Plaintes actuelles :

Il situe principalement les douleurs du côté externe, au sommet de la hanche D, sans irradiation particulière. Les douleurs surviennent actuellement lorsqu'il reste trop longtemps debout ou qu'il marche trop. Il prend encore régulièrement des anti-inflammatoires.

Objectivement :

Marche sans boiterie. On constate une amyotrophie de la cuisse D à la mesure des périmètres, ainsi que quelques signes irritatifs à la palpation sus-trochantérienne, ainsi qu'à la mobilisation combinée de la hanche D.

Les *RX standards* de la hanche D, visualisées au PACS, sont sp. On peut suspecter une lésion du labrum antéro-supérieur à l'anthro-IRM.

Sur le plan médical, la situation n'est, pour l'instant, pas encore stabilisée et justifie la poursuite de traitements, principalement axés sur les AINS, sans toutefois exclure une cure chirurgicale en cas d'aggravation après la reprise du travail. Un contrôle d'évolution, après la reprise partielle du travail, est prévu auprès du Dr R. _____ du Centre hospitalier B. _____ fin mars 2015.

Sur le plan de la capacité de travail et en accord avec l'assuré, nous fixons une reprise à but thérapeutique, sans exigence de rendement, dès le 15.02.2016 dans le but notamment de favoriser le

reconditionnement au travail avant la reprise d'une capacité de 50 % que nous fixons pour le 01.03.2016.

Il conviendra d'obtenir, en temps utile, les rapports médicaux du Dr R. _____ qui suit à présent l'assuré. »

Figure au dossier de la SUVA une notice du 29 janvier 2016 faisant notamment état d'un entretien avec l'assuré après l'examen du Dr Z. _____. A cette occasion et selon ladite note, l'assuré a indiqué - réagissant suite à une remarque relative à l'absence de difficulté quant à la reprise de son activité auprès de la société K. _____ SA vu la qualité d'administratrice de son épouse - que cette dernière s'occupait uniquement des signatures et que toutes les autres tâches étaient de la compétence de la fiduciaire, avec qui il devait regarder pour organiser la reprise. Interrogé sur le déroulement de ses journées depuis l'accident, l'assuré a répondu qu'il sortait trois à quatre fois par jour pour aller promener ses deux très jeunes enfants et qu'il s'occupait également de faire les courses. L'assuré a encore relevé qu'il avait été engagé pour reprendre une partie de la gestion de l'entreprise, mais que l'accident était survenu tôt après l'engagement.

Par correspondance de la SUVA du 3 février 2016, l'assuré a été informé des éléments suivants :

« D'après le résultat de l'examen, notre médecin d'arrondissement vous reconnaît une capacité de travail à 50% dès le 1^{er} mars 2016.

Il vous est également conseillé, et selon votre accord, de recommencer votre activité professionnelle dans le cadre d'une reprise à but thérapeutique (sans exigence de rendement) dès le 15 février 2016 dans le but notamment de favoriser le reconditionnement au travail avant la reprise fixée au 1^{er} mars 2016.

Nous vous informons également que les termes de notre courrier du 19 octobre 2015 restent valables. »

Par courrier du 24 mars 2016, la SUVA a demandé à la société K. _____ SA de lui faire parvenir « *la description du poste de travail/le cahier des charges de l'activité professionnelle* » que l'assuré réalisait dans l'entreprise.

Le document reçu à ce titre était signé par les parties au contrat de travail et libellé comme suit :

« Cahier des charges

Fonction	Contremaître et direction
Titulaire	M. F. _____
Taux d'activité	100%

Les tâches de Monsieur F. _____ au sein de la société K. _____ SA sont les suivantes :

- Gestion de documents administratifs de toutes sortes
- Déplacement sur les lieux de travail
- Rendez-vous professionnel avec des clients
- Pose de sols
- Pose de type de parquets spéciaux
- Recherche de nouveaux collaborateurs
- Gestion RH

L'entrée en vigueur de Monsieur F. _____ est le vingt-trois janvier de l'an deux mille quinze. (23.01.2015)

Ainsi fait en ce jour, le vingt-trois janvier de l'an deux mille quinze en deux exemplaires. (23.01.2015) »

Interpellé sur l'absence d'indication quant au pourcentage que représentait chaque tâche listée, la société K. _____ SA a renvoyé un document établi le 4 avril 2016 (« *Ainsi fait en ce jour, le quatre avril de l'an deux mille seize, en deux exemplaires.* ») comportant les modifications suivantes du cahier des charges :

« Les tâches de Monsieur F. _____ au sein de la société K. _____ SA sont les suivantes :

- Gestion de documents administratifs de toutes sortes - 35%
- Déplacement sur les lieux de travail - 15%
- Rendez-vous professionnel avec des clients - 10%
- Pose de sols, pose de type de parquets spéciaux - 20%
- Recherche de nouveaux collaborateurs - 5%
- Gestion RH - 15% »

Au vu du cahier des charges remis, une nouvelle appréciation médicale a été demandée au Dr Z. _____, qui a retenu, selon rapport du 19 avril 2016, ce qui suit :

« Cet assuré a présenté des troubles douloureux de la hanche D après une chute le 06.02.2015. Ont été objectivés un œdème post-contusionnel de l'aile iliaque D et une possible désinsertion du labrum antéro-supérieur. Les troubles douloureux se sont améliorés progressivement et, après un examen auprès du Dr R. _____ au Centre hospitalier B. _____, aucune indication chirurgicale n'a été retenue au vu de l'amélioration constatée.

Nous avons fixé une reprise progressive du travail dès le 15.02.2016 dans un travail de poseur de sols-carreleur.

Des éléments nouveaux concernant l'activité professionnelle sont cependant apparus après notre examen. Selon les indications concernant le cahier des charges transmis à la Suva, l'assuré s'occupait principalement d'activités administratives, la pose de sols ou de parquets spéciaux ne constituant que 20 % de son activité.

Si l'on se base sur les atteintes constatées dans le décours de l'accident, il nous paraît difficile de justifier une pleine incapacité de travail durable dans une activité principalement administrative. On peut considérer a posteriori que cet assuré aurait théoriquement pu reprendre une capacité dans ses tâches administratives (correspondant à 80 % de son activité professionnelle) au plus tard 4 mois à dater de l'accident. Le retour vers une pleine capacité dans les tâches physiques (pose de parquets) étant a priori prévisible dans un délai de 15 mois à dater de l'accident. »

Par courrier du 19 avril 2016, la SUVA a informé l'assuré que la décision du 16 juin 2015 était annulée suite à l'opposition de l'assuré relative au salaire assuré, qu'elle revenait également sur son courrier du 19 octobre 2015 -levant par conséquent la suspension quant au droit aux prestations d'assurance - de même que sur celui du 3 février qui était ainsi nul et non avvenu. Les indications suivantes figuraient encore dans le courrier :

« Conformément à votre cahier des charges qui précise vos divers taux d'activités relatifs aux différentes tâches que vous effectuez, notre service médical estime qu'une capacité de travail à 80% (*qui correspond à vos tâches administratives*) est exigible au plus tard 4 mois à dater de l'accident. De plus, le retour vers une pleine capacité de travail dans les tâches physiques (*pose de parquets*) est prévisible dans un délai de 15 mois à dater de la survenance de l'accident.

Au vu de ce qui précède, les indemnités journalières seront versées comme suit :

- Incapacité de travail à 100% du 06.02.2015 (*début du droit 09.02.2015*) au 07.06.2015
- Incapacité de travail à 20% du 08.06.2015 au 05.07.2016

□ Capacité de travail à 100% dès le 06.07.2016

Les indemnités journalières seront versées en tentant compte de ce qui précède. Celles-ci sont calculées sur le salaire annuel annoncé sur la déclaration d'accident. »

En réponse à cet envoi, la société K. _____ SA a fait savoir à la SUVA le 29 avril 2016 que le cahier des charges avait été établi à partir du 1^{er} avril 2016 pour une durée indéterminée et qu'il n'y avait aucun cahier des charges auparavant dès lors que l'assuré s'occupait de la pose de revêtement de sols. La société a prétendu que la SUVA ne lui avait pas demandé d'arrêter le paiement du salaire et qu'une rectification des indemnités du 9 février au 31 août 2015 avait été envoyée « *pour un montant de CHF 236.75 journaliers* ». K. _____ SA a rappelé le courrier de la SUVA du 3 février 2016 et la réception de 48'297 fr. du 9 février au 31 août 2015, soit une indemnité journalière à 236 fr. 75. La société a estimé que la SUVA lui devait 43'088 fr. 50 pour la période du 1^{er} septembre 2015 au 29 février 2016 et 7'219 fr. 35 du 1^{er} mars au 30 avril 2016, soit un total de 50'307 fr. 85, en précisant que ces indemnités avaient été versées à l'assuré.

Réceptionné le 2 mai 2015 par la SUVA, le rapport du 7 avril 2016 du Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, exposait les éléments suivants :

« **Diagnostics - Antécédents - Interventions**

- **Déchirure labrale à la hanche droite probablement post-traumatique sur une morphologie compatible avec un conflit fémoro-acétabulaire de type mixte, à prédominance de Pince bilatérale.**

Anamnèse

Plus d'1 an après l'accident, l'évolution est très lentement favorable puisque M. F. _____ a pu reprendre son travail à 50% le 1^{er} mars de cette année mais il ne se sent toutefois pas encore capable d'augmenter ce taux et son rendement semble diminué malgré une adaptation de ses activités. En effet, il n'a par exemple pas encore posé un parquet entier alors que c'est son travail principal.

Les douleurs sont toujours dans la profondeur du pli de l'aîne et se manifestent déjà après 15 minutes de marche. La position assise prolongée est également douloureuse.

Le patient est encore très hésitant à l'idée d'une chirurgie mais il est vrai que je lui ai aussi expliqué que le résultat n'était pas garanti. En effet, le risque de non-amélioration est d'environ 15% et le risque de péjoration est de 10%. Dans le pire des cas, il faudrait procéder à la mise en place d'une PTH et avec cela, son travail ne serait probablement plus réalisable non plus.

Après une longue discussion, nous avons donc convenu de se donner encore toutes les chances du traitement conservateur et nous nous reverrons au mois d'août. Dans l'intervalle, il va tenter d'augmenter sa capacité de travail et ce, d'entente avec vous. »

C. Par décision du 11 mai 2016, la SUVA, se fondant sur l'avis du Dr Z. _____ du 19 avril 2016, a accordé à l'assuré des indemnités journalières en retenant une incapacité de travail à 100 % du 6 février 2015 - début du droit le 9 février 2015 - au 7 juin 2015, puis à 20 % du 8 juin 2015 au 5 juillet 2016, avec une reprise du travail à 100 % le 6 juillet 2016. Pour le surplus, la SUVA a rappelé le contenu de son courrier du 19 avril 2016.

L'assuré a formé opposition le 18 mai 2016 à l'encontre de cette décision en concluant à ce que les indemnités journalières continuent à lui être versées « *selon les recommandations médicales* » et « *selon les lois en vigueur* ». Il a fait valoir que le cahier des charges avait été établi le 1^{er} avril 2016 afin de le réintégrer dans l'entreprise et non antérieurement à cette date. Il a également informé la SUVA qu'il n'arrivait plus à exercer l'activité de poseur de sols que de façon très limitée et que ses troubles étaient uniquement dus à l'accident. L'assuré a aussi rappelé les rapports médicaux du Dr W. _____, du Dr R. _____ et du médecin de la SUVA qui faisaient état d'une incapacité de travail à 50 % à partir du 1^{er} mars 2016. Il a encore soutenu qu'il était en incapacité de travail à 50 % du 1^{er} mai au 29 août 2016 et qu'il serait décidé lors de son rendez-vous du 29 août 2016 chez le Dr R. _____ s'il devait subir une intervention chirurgicale. Il a enfin demandé que la SUVA requière les rapports médicaux de son médecin traitant et du Dr R. _____.

Par courrier du 7 juin 2016, ayant comme expéditeur la société K. _____ SA, mais portant la signature de l'assuré, dite société a indiqué

refuser que son employé soit payé au taux de 20% du 08.06.2016 au 05.07.2016. Elle a demandé la rectification des indemnités à 236 fr. 75 dès le 9 février 2015 jusqu'au 5 juillet 2016.

Par décision sur opposition du 28 juin 2016, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 11 mai 2016. Dans sa motivation, elle a en particulier considéré que l'argument de l'assuré - selon lequel le cahier des charges sur lequel la SUVA avait fondé sa décision aurait été établi uniquement en vue de la reprise du travail au 1^{er} avril 2016 - peinait à convaincre, dès lors qu'il paraissait peu vraisemblable qu'une entreprise ait accepté de payer un salaire bien plus élevé que celui d'un contremaître classique en cantonnant cependant son employé dans des activités de poseur de sols. La SUVA a également relevé que l'objectif annoncé lors de l'entretien qui avait suivi l'examen médical du 29 janvier 2016 était une reprise de la gestion de la société, ce qui avait forcément pour corollaire une forte implication dans les tâches administratives et de prospection, implication confirmée par le cahier des charges signé par l'assuré et son employeur le 23 janvier 2015. La SUVA a aussi rappelé le devoir de limitation du préjudice de l'assuré, en mettant à profit, dès que possible, sa capacité résiduelle de travail - même dans une activité différente de celle de poseur de sol *stricto sensu* - au sein de l'entreprise dont il entendait reprendre la gestion et dont son épouse était l'unique administratrice. La SUVA a ainsi conclu que la description du poste de l'assuré avait appelé une réévaluation de son incapacité de travail pour la période concernée, évaluation qui avait été effectuée par le Dr Z. _____ en connaissance du dossier et qui ne pouvait être remise en question en l'absence d'argumentation médicale étayée.

Par pli du 27 juin 2016 portant la signature de l'assuré, la société K. _____ SA a informé la SUVA qu'elle était dans l'obligation de suspendre le paiement des primes d'assurance avec effet immédiat en raison d'indemnités impayées. Elle a demandé le règlement dans les plus brefs délais du montant de 50'307 fr. 85 pour les indemnités dues à l'assuré à fin avril 2016.

D. Agissant par l'entremise de son conseil, F._____ a recouru le 25 août 2016 devant la Cour des assurances sociales à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens que des indemnités journalières lui sont dues à 100 % du 9 février 2015 au 29 février 2016, puis à 50 % du 1^{er} mars au 13 juin 2016, le salaire déterminant étant de 108'000 fr., subsidiairement à sa réforme dans le sens des considérants et plus subsidiairement encore à son renvoi à la SUVA pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, le recourant invoque n'avoir jamais caché le fait qu'il n'était pas un simple ouvrier, mais qu'une partie de son travail était administrative, faisant ainsi valoir que les différents médecins l'avaient examiné sur cette base et que l'intimée l'avait pris en charge en connaissance de cause conformément aux courriers des 11 mars et 7 mai 2015, ainsi qu'à la décision du 16 juin 2015, entrée en force. Pour le recourant, seul l'existence d'un élément nouveau pouvait justifier la révision de la décision, élément qui faisait défaut en l'espèce vu les indications données sur la nature de son activité, notamment son contrat de travail qui précisait que d'autres tâches que celles de contremaître pouvaient lui être confiées en fonction des besoins de l'entreprise.

Subsidiairement, s'agissant de l'évaluation de son incapacité de travail, le recourant avance que la SUVA aurait dû mettre en œuvre une expertise neutre dès lors que le simple avis du Dr R._____, sans examen du patient, ni des tâches envisagées, ne pouvait pas remettre en cause l'ensemble des certificats et rapports médicaux au dossier. Le recourant reproche aussi l'absence d'indication dans le rapport du 19 avril 2016 quant à sa capacité à rester assis au bureau pendant plusieurs heures et à se déplacer sur les chantiers et d'en assurer le suivi. Il souligne les contradictions entre les différents rapports médicaux sur ces points et conteste la reprise d'une activité, même de type administratif, à 80 % dès juin 2015 dans la mesure où à cette époque, il ne tenait ni debout, ni assis, qu'il était sous médicaments et qu'il était suivi trois fois par semaine par un physiothérapeute. Il en conclut qu'aucune capacité de travail ne peut être retenue, même pour un travail administratif avant le 1^{er} mars 2016.

Encore plus subsidiairement, le recourant soutient que même si une certaine capacité de travail pouvait être admise avant mars 2016 – ce qu’il conteste – son ampleur ne pouvait être de 80 %. Il expose que la société K._____ SA n’était pas en mesure de le payer pour des tâches administratives à 80 % vu l’impossibilité pour une petite structure de se réorganiser en quatre mois afin d’offrir un tel poste, et qu’en février 2015, le recourant était principalement sur les chantiers, afin de suivre leur déroulement, et posait des sols dès que cela s’avérait nécessaire afin de faire survivre l’entreprise. Il relève également sa bonne foi au vu des certificats médicaux et des rapports établis par les différents médecins, notamment celui de la SUVA. Il allègue encore que la restitution du montant de 1'467 fr. 85 réclamé par l’intimée est exclue en raison de sa bonne foi et de la situation difficile dans laquelle il se trouverait en cas d’obligation de restitution. Enfin, il confirme ses revenus annuels bruts de 108'000 fr. et précise le montant de 65'942 fr. 50 demandé à la SUVA jusqu’au 13 juin 2016, au vu du nouvel accident survenu le 10 juin 2016. Il produit diverses pièces figurant déjà au dossier de l’intimée, ainsi que plusieurs décomptes d’indemnité journalière (période de février à août 2015 et décompte du 24 mai 2016). Il requiert l’audition de témoins pour confirmer son rôle au sein de l’entreprise, ainsi que son état de santé de juin à février 2016, et suggère la réalisation d’une expertise judiciaire, laissée à la libre appréciation de la Cour de céans.

L’intimée, dans sa réponse du 29 novembre 2016, a conclu au rejet du recours. S’agissant de la décision du 16 juin 2016, elle a rappelé son objet, soit exclusivement le montant du gain assuré et non pas le taux de capacité de travail reconnue au recourant. Quant à la réévaluation de ladite capacité, l’intimée a indiqué qu’elle avait été motivée par le fait que l’assuré exerçait essentiellement des tâches de nature administrative au sein de la société K._____ SA, contrairement à ce qui avait été retenu dans un premier temps. Concernant le rapport du Dr Z._____ du 19 avril 2016, l’intimée a mis en exergue que le médecin s’était prononcé dans un premier temps sur la capacité de travail possible dans le métier de poseur de sols et que des éléments nouveaux avaient modifié son appréciation,

qui n'était du reste contredite par aucun acte médical au dossier, les autres médecins ayant admis des incapacités de travail plus importantes sur la base d'une activité de poseur de sols et non dans une activité administrative. Pour ce qui est des douleurs à la hanche du recourant, l'intimée a relevé qu'elles apparaissaient essentiellement lorsqu'il marchait trop ou s'il restait trop longtemps debout, ne l'empêchant néanmoins pas d'aller se promener plusieurs fois par jour avec ses enfants ou de faire les commissions. L'intimée a également mis en avant que les douleurs étaient contenues par la prise de Dafalgan et d'Ibuprofen. Enfin, elle a conclu à l'irrecevabilité de la demande liée à la compensation des indemnités journalières, soit la restitution du montant de 1'467 fr. 85, dès lors qu'elle ne faisait pas l'objet de la décision litigieuse.

Aux termes de sa réplique du 21 décembre 2016, le recourant a intégralement renvoyé aux motifs développés dans son recours du 25 août 2016, tout en relevant que sa capacité à sortir quelques fois par jour avec ses enfants en bas âge ne permettait pas d'évaluer sa capacité de travail. Le recourant a réitéré les mesures d'instructions requises, en ajoutant l'audition du Dr R._____, et réservé ses conclusions selon l'issue d'une expertise judiciaire, expressément sollicitée cette fois-ci.

Par courrier du 19 janvier 2017, l'intimée a renoncé à déposer formellement une duplique, vu l'absence de nouvel élément invoqué par le recourant, et confirmé sa conclusion tendant au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment

du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c).

b) Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si l'intimée était fondée à confirmer le taux d'incapacité de travail du recourant à 100 % du 6 février 2015 (début du droit le 9 février 2015) au 7 juin 2015, puis à 20 % du 8 juin 2015 au 5 juillet 2016, avec une reprise du travail à 100 % le 6 juillet 2016.

On relèvera que la date de naissance du droit à ces prestations n'est pas contestée, ni le montant de l'indemnité journalière.

Il convient également de mentionner d'emblée que la problématique invoquée par le recourant s'agissant de la restitution du montant de 1'467 fr. 85 ne fait pas l'objet de la décision sur opposition attaquée, de sorte qu'il n'y a pas lieu de l'examiner plus avant (art. 25 LPGA et la jurisprudence y relative, en particulier TF 9C_86/2014 du 5 juin 2014 consid. 3.2 sur la procédure de restitution).

3. a) A titre liminaire, on précisera que les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références citées).

b) Les prestations d'assurances 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 LPGA). Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA).

c) Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) 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). Est réputée incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

4. a) L'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (art. 49 al. 1 LPGA). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3 LPGA). Conformément à l'art. 51 al. 1 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 LPGA, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée.

La distinction entre ces deux formes de procédure doit se faire de telle sorte que l'on se trouve en présence d'une décision – dans des cas différents de la définition générale de l'art. 5 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021), orientée sur des critères de contenu – uniquement lorsque le document en question est désigné en tant que décision ou lorsqu'il contient à tout le moins l'indication des voies de droit. Si une décision comprise en ce sens ne présente pas ces caractéristiques, les conséquences sont réglées conformément à l'art. 49 al. 3, 3^{ème} phrase, LPGA, soit qu'une notification irrégulière ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé. Les conséquences juridiques concrètes découlent de la nature du défaut. Une indication des voies de droit erronée ou manquante entraîne régulièrement la prolongation de la période d'opposition. Si la lettre par laquelle l'assureur exprime son point de vue ne remplit cependant pas les exigences précitées et qu'elle ne doit dès lors pas être considérée comme une décision, la procédure ne peut pas être poursuivie par une décision sur opposition, mais doit d'abord passer par le prononcé d'une décision (ATF 134 V 145 consid. 3.2). Cela étant, à défaut de réaction dans le délai utile, la décision rendue de manière informelle entre en force comme si la procédure simplifiée de l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (ATF 134 V 145 consid. 5.3.2). Il y a ainsi force de chose décidée si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord avec une certaine solution adoptée par l'administration et exprimé sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte

administratif susceptible de recours (ATF 126 V 23 consid. 4a et les références citées).

En ce qui concerne le délai pour contester un acte de l'administration, la jurisprudence distingue selon qu'il s'agit de la clôture du cas signifiée de manière informelle ou d'un décompte d'indemnités journalières. Dans la première éventualité, le délai pour faire part de son désaccord est d'un an car, sur cette question, l'administration aurait dû obligatoirement statuer par le biais d'une décision écrite (art. 49 al. 1 LPGA ; aussi l'art. 124 OLAA ; ATF 134 V 145 consid. 5.3.2). La situation est en revanche différente dans la seconde éventualité, à savoir lorsque l'intéressé veut contester une communication pouvant faire l'objet d'une procédure simplifiée en vertu de l'art. 51 al. 1 LPGA. Contre une communication effectuée conformément au droit sous la forme simplifiée, il est possible d'exiger une décision écrite dans un délai de réflexion, qui, selon les circonstances, peut être supérieur au délai légal de trente jours mais qui ne saurait cependant dépasser plusieurs mois (ATF 134 V 145 consid. 5.3.1.). Aussi, ce délai doit-il être fixé à trois mois ou nonante jours à compter de la communication d'un décompte d'indemnité journalière (TF 8C_789/2012 du 16 septembre 2013 consid. 4.1 ; 8C_14/2011 du 13 avril 2011 consid. 5).

b) Aux termes de l'art. 53 al. 1 LPGA, 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 auparavant. Selon l'al. 2 de cette disposition, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Ces dispositions sont aussi applicables lorsque des prestations ont été accordées sans avoir fait l'objet d'une décision formelle et que leur versement, néanmoins, a acquis force de chose décidée (TF 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 3 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd., Zurich/Bâle/Genève 2015, n° 19 *ad* art. 53 LPGA).

c) Sont "nouveaux" les faits qui se sont produits avant l'octroi informel des prestations, respectivement avant le prononcé d'une décision formelle entrée en force ou d'une décision sur opposition, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Un élément invoqué à titre de motif de révision, qui n'est qu'une nouvelle appréciation d'un fait déjà connu, ne justifie cependant pas une procédure de révision (TF 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 7.1). En outre, 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 entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, 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. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il 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 l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut 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 le médecin ou expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal 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 le jugement (ATF 127 V 353 consid. 5b et les arrêts cités ; jurisprudence confirmée selon le nouveau droit, notamment TF 8F_2/2016 du 27 juin 2016 consid. 1 et les références citées).

d) Par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, la révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 PA – applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA –, à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (TF 8C_207/2014 du 13 mars 2015 consid. 3 ; 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 3 ; RAMA 1994 n° U 191 p. 145 ; Kieser, *op. cit.*, n° 38 *ad art.* 53 LPGA). De simples suppositions ou même des rumeurs ne sont pas suffisants pour que ces délais commencent à courir (TF 8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 4).

5. a) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) En droit des assurances sociales, s'applique de manière générale la règle dite des "premières déclarations ou des déclarations de la première heure", selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_399/2014 du 22 mai 2015 consid. 4.2 et la référence citée).

6. a) En l'espèce, le recourant reproche à l'intimée dans un premier grief d'avoir statué à nouveau sur son taux d'incapacité de travail alors qu'une décision entrée en force avait déjà été rendue sur la question.

A l'instar de l'intimée, la Cour de céans relève que la décision du 16 juin 2015 porte uniquement sur le montant de l'indemnité journalière. Par conséquent, le recourant ne saurait l'invoquer s'agissant de son taux d'incapacité de travail.

Cela étant, il y a lieu d'examiner, au vu des autres envois de l'intimée, plus particulièrement ceux des 11 mars 2015 (octroi des prestations d'assurance à 100 %) et 3 février 2016 (reprise de l'activité à 50 % dès le 1^{er} mars 2016), si l'on se trouve en présence d'une décision informelle entrée en force (consid. 4a *supra*).

On constate qu'aucun des écrits précités n'est intitulé en tant que décision, ni ne mentionne les voies de droit. Par le biais de ces courriers, l'intimée a néanmoins statué sur des prestations et des injonctions importantes au sens de l'art. 49 al. 1 LPGA. L'intimée aurait donc dû rendre une décision formelle au sens de cette disposition. Toutefois, ces documents n'ont pas été contestés par le recourant de sorte que leur contenu est entré en force, comme si la procédure simplifiée de l'art. 51 al. 1 LPGA avait été valablement appliquée (consid. 4a *supra*).

Le recourant invoque ainsi à juste titre l'existence d'une décision - certes informelle - entrée en force s'agissant de son taux d'incapacité de travail, nécessitant l'examen des motifs de révision.

A titre superfétatoire, il est précisé qu'au vu de la jurisprudence (consid. 4a *supra*), les décomptes d'indemnité journalière remis au recourant pour la période de février à août 2015 et mentionnant une incapacité de travail à 100 % peuvent également être considérés comme des décisions informelles entrées en force concernant son taux d'incapacité de travail, justifiant l'examen des conditions d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

b) Dans un deuxième grief, le recourant fait valoir qu'aucun élément nouveau ne justifie de revoir sa situation dès lors que l'intimée l'a

pris en charge en connaissance de cause et qu'il n'a jamais caché le fait qu'il n'était pas un simple ouvrier.

aa) Le contrat de travail liant le recourant à son employeur indique qu'il a été engagé en qualité de contremaître et que l'exécution d'autres tâches pouvait lui être confiée « *si cela devait s'avérer nécessaire* ». La déclaration de sinistre du 9 mars 2015 mentionne à titre d'activité exercée celle de contremaître. Par décision du 16 juin 2015, le montant de l'indemnité journalière du recourant a été fixé selon le salaire usuel des carreleurs et poseurs de sols en vertu de la convention collective de travail de la FVE à [...] pour ce corps de métier. Le recourant n'a pas formé opposition à l'encontre de cette décision.

Au vu de ces éléments, l'intimée a considéré que le recourant était contremaître - poseur de sol. Elle n'a pas reçu d'indications de la part du recourant qu'en réalité, son activité consistait principalement dans l'exécution de tâches administratives.

A cela s'ajoute - contrairement à ce que prétend le recourant - que les médecins qui se sont prononcés sur sa capacité de travail ont mentionné une activité de contremaître dans leur rapport (rapports du Dr T. _____ du 21 juillet 2015, du Dr X. _____ du 12 octobre 2015, du Dr Z. _____ du 29 janvier 2016). Dans son courrier du 10 septembre 2015 au Dr P. _____, l'intimée a indiqué que le recourant exerçait la fonction de contremaître-pose de sols. Le Dr R. _____ a quant à lui précisé que le recourant n'avait pas encore posé un parquet entier (rapport du 7 avril 2016).

Force est de constater qu'au vu des éléments à disposition, l'intimée a retenu à juste titre - de même que les médecins précités - que le recourant était contremaître - poseur de sols. L'intimée n'avait pas de raison de considérer que les tâches exercées n'étaient pas celles d'un contremaître ordinaire. Ce n'est qu'après l'entretien du 29 janvier 2016 que l'intimée a eu des doutes quant à l'activité réelle du recourant, au vu des déclarations de ce dernier s'agissant de son engagement en vue de

reprendre une partie de la gestion de l'entreprise. Le pourcentage effectif consacré à la pose de sols (20 %) n'a été découvert que lors de la remise du cahier des charges complété, le 5 avril 2016, suite à des investigations de l'intimée.

A cet égard, la Cour de céans relève que les allégations du recourant concernant l'établissement du cahier des charges en vue de la reprise d'activité ne sont pas crédibles. Non seulement toutes les tâches administratives mentionnées dans ledit document étaient déjà prévues lors de son établissement en janvier 2015, mais en plus, les déclarations du recourant lors de l'entretien du 29 janvier 2016 étayaient la prépondérance des tâches administratives dès la prise d'activité en janvier 2015, dès lors que le recourant a déclaré avoir été engagé en vue de gérer la société et qu'en son absence, une fiduciaire avait dû s'en occuper. La préférence doit être accordée à cette version des faits, nonobstant la version différente invoquée ultérieurement dans le cadre du recours, soit que le recourant posait des sols pour faire survivre l'entreprise (consid. 5b *supra*).

bb) Il y a également lieu d'examiner le respect des délais pour tenir compte du fait nouveau et son caractère important.

Le délai relatif de révision de nonante jours dès la découverte du fait nouveau et le délai absolu de dix ans (consid. 4d *supra*) ont commencé à courir lors de la réception par l'intimée le 5 avril 2016 du cahier des charges comportant le pourcentage des tâches administratives réalisées par le recourant. Vu la décision du 11 mai 2016, les délais de révision ont été respectés.

Pour ce qui est du caractère important du fait nouveau, l'activité exercée par le recourant est déterminante au vu des douleurs ressenties selon la posture adoptée (notamment douleurs en cas de marche, de posture debout trop longue et d'accroupissement / de flexion - rapports du Dr T. _____ du 21 juillet 2015, du Dr X. _____ du 12 octobre 2015, du Dr Z. _____ du 29 janvier 2016, du Dr R. _____ du 7 avril

2016). Dès lors que l'activité concrètement exercée a des conséquences sur les gestes à effectuer, le métier de contremaître - poseur de sols nécessitant par exemple de s'accroupir et de rester debout, les médecins ont précisé dans leurs rapports la profession du recourant.

La découverte de la prépondérance des tâches administratives du recourant, soit en particulier sans mouvement de flexion, est ainsi un fait nouveau essentiel ignoré de l'intimée au moment où les différentes décisions informelles ont été prises. Si elle en avait eu connaissance, elle n'aurait pas alloué au recourant des indemnités à 100 % dès le 9 février 2015 jusqu'au 29 février 2016, puis à 50 % à partir de cette date.

Les conditions d'une révision procédurale sont ainsi réalisées. La décision de l'intimée de réexaminer l'incapacité de travail du recourant n'est dès lors pas critiquable.

c) Dans un troisième grief, le recourant avance que l'intimée ne pouvait remettre en cause sa capacité de travail en se fondant uniquement sur le rapport du Dr Z._____ du 19 avril 2016 alors que d'autres certificats médicaux retenaient des éléments divergents.

Il est tout d'abord précisé que parmi les rapports médicaux qui figurent au dossier, seuls certains d'entre eux se prononcent sur la capacité de travail du recourant (outre le rapport du Dr Z._____ du 19 avril 2016, rapport médical initial LAA du Dr W._____ du 9 mai 2015, rapports intermédiaires du Dr W._____ des 24 juin et 9 décembre 2015, rapports du Dr T._____ du 21 juillet 2015, du Dr P._____ du 11 septembre 2015, du Dr X._____ du 12 octobre 2015, du Dr Z._____ du 29 janvier 2016). Ceux-ci mentionnent expressément ou partent du postulat selon les informations qui leur ont été transmises que l'activité exercée par le recourant était celle de contremaître - poseur de sols. On ne saurait dès lors comparer ces rapports à celui du Dr Z._____ du 19 avril 2016 s'agissant de la capacité de travail du recourant dans la mesure où l'appréciation des autres médecins était fondée sur des éléments de fait incorrects concernant les tâches réelles du recourant.

Même le rapport du Dr R. _____ du 7 avril 2016 fait état d'une activité de pose de parquet à titre principal alors que le recourant devait reprendre un poste avec des tâches administratives. La reprise à 100 % devait avoir lieu le 5 juillet 2016, soit avec une activité de pose de sol à 20 % - ce que le Dr R. _____ ne semble pas critiquer. Son rapport du 7 avril 2016, établi après la reprise le 1^{er} mars 2016 à 50 %, annonçait par ailleurs que le recourant allait tenter d'augmenter sa capacité de travail.

S'agissant ensuite du diagnostic du Dr Z. _____ et de celui du Dr R. _____, on constate qu'ils sont identiques, soit une désinsertion labrale antéro-supérieure de la hanche droite et des coxodynies sur conflit fémoro-acétabulaire. Il en résulte que les éléments objectifs à la base des constats ne diffèrent pas d'un rapport à l'autre. A titre subjectif, le rapport du Dr R. _____ mentionne les déclarations du recourant quant à la douleur, mais ne constate pas d'éléments nouveaux objectifs, inconnus du Dr Z. _____, qui permettraient d'écarter l'appréciation du 19 avril 2016. Le Dr R. _____ ne se prononce d'ailleurs pas sur la capacité de travail du recourant. Ce dernier ne saurait donc invoquer le rapport du 7 avril pour remettre en cause le rapport du Dr Z. _____.

Pour ce qui est du Dr W. _____, il constate dans ses rapports des 24 juin et 9 décembre 2015 des douleurs persistantes à la hanche, sans néanmoins les mettre en lien avec les tâches liées au travail du recourant. Lesdites douleurs auraient par ailleurs été contenues par des médicaments (rapport du Dr X. _____ du 12 octobre 2015). Les certificats médicaux successifs délivrés par le médecin traitant ne fournissent pas non plus de détails quant à l'incapacité de travail et ne permettent ainsi pas de critiquer le rapport du Dr Z. _____ du 19 avril 2016.

Concernant l'argument du recourant relatif aux trois séances hebdomadaires de physiothérapie (rapport du Dr T. _____ du 21 juillet 2015) au moment où il devait reprendre son travail à 80 %, il ne lui est

d'aucun secours non plus dès lors qu'il n'expose pas en quoi le suivi d'une physiothérapie, même trois fois par semaine, serait incompatible avec une activité à 80 %.

En définitive, les rapports médicaux au dossier ne contiennent aucun élément permettant de s'écarter de l'appréciation du Dr Z. _____ du 19 avril 2016, qui avait connaissance de l'ensemble des éléments.

d) Enfin, le recourant invoque que son employeur n'était pas en mesure de lui fournir une activité administrative dès juin 2015.

Or, il a annoncé à l'entretien du 29 janvier 2016 qu'il avait été engagé pour reprendre la gestion de la société et qu'en son absence, toutes les tâches administratives avaient été de la compétence de la fiduciaire, avec qui il devait s'organiser pour la reprise. En l'absence du recourant, la société avait ainsi nécessité l'aide d'un tiers pour la réalisation des tâches dévolues auparavant au recourant. A cela s'ajoute que le cahier des charges établi en janvier 2015 déjà listait une majorité de tâches administratives.

Par conséquent, l'argument ne saurait être suivi.

7. Le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise médicale et l'audition de différents témoins.

a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation il est superflu d'administrer d'autres preuves (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 136 I 229 consid. 5.3). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS

101) (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3).

b) Le dossier étant complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale ou d'audition de témoins, telles que requises par le recourant. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Dans la mesure où les conclusions rapportées par le Dr Z. _____ sont étayées par les données cliniques au dossier, il ne se justifie pas de compléter l'instruction en vue de pallier les prétendues insuffisances du rapport et contradictions avec d'autres documents. Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît superfétatoire.

8. a) En définitive, la SUVA n'a pas violé le droit fédéral en confirmant la décision du 11 mai 2016 qui fixait l'incapacité de travail du recourant à 100 % du 6 février 2015 (début du droit le 9 février 2015) au 7 juin 2015, puis à 20 % du 8 juin 2015 au 5 juillet 2016, avec une reprise du travail à 100 % dès le 6 juillet 2016.

b) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

c) La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 28 juin 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Aurore Estoppey (pour F. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :