

VD_FINDINFO AA 135/14 - 61/2017 vom 9. Juni 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-06-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_135_14_-_61_2017

FR: VD_FINDINFO AA 135/14 - 61/2017 du 9 juin 2017

IT: VD_FINDINFO AA 135/14 - 61/2017 del 9 giugno 2017

Regeste

ACCIDENTS SUCCESSIFS, RETARD INJUSTIFIÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, PRESTATION D'ASSURANCE{AA}, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, ADMISSION PARTIELLE, COMPARAISON DES REVENUS, REVENU D'INVALIDE, REVENU SANS INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, CALCUL | 29 al. 1 Cst., 15 LAA, 18 al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 20 LAA, 16 LPGA, 22 OLAA, 24 al. 2 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 09.06.2017 AA 135/14 - 61/2017

ACCIDENTS SUCCESSIFS, RETARD INJUSTIFIÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, PRESTATION D'ASSURANCE{AA}, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, ADMISSION PARTIELLE, COMPARAISON DES REVENUS, REVENU D'INVALIDE, REVENU SANS INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, CALCUL | 29 al. 1 Cst., 15 LAA, 18 al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 20 LAA, 16 LPGA, 22 OLAA, 24 al. 2 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 135/14 - 61/2017 ZA14.051532 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 9 juin 2017 _____ Composition : Mme Dessaux , présidente

MM. Neu et Piguet, juges Greffier : M. Addor ***** Cause pendante entre :

K. _____ , à N. _____, recourant, représenté par Me Christophe Wagner, avocat à La Chaux-de-Fonds (NE), et VAUDOISE GENERALE , Compagnie d'Assurances SA, à Lausanne, intimée. _____ Art. 29 al. 1 Cst. ; 16 LPGA ; 15, 18 al. 1, 19 al. 1 et 20 LAA ; 22 et 24 al. 2 OLAA E n f a i t : A. K. _____ (ci-après : l'assuré ou le

recourant), né le [...] en Italie, ressortissant suisse, divorcé et père de trois enfants, droitier, a obtenu un CFC de maçon en 1973, avant de travailler dans l'hôtellerie, puis comme agent de police à la commune de S. _____ depuis le 1 er novembre 1989. Il était comme tel assuré auprès de la Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la Vaudoise ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels au sens de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20). L'assuré a été victime à diverses reprises de blessures aux deux mains: le 4 décembre 1997, il s'est blessé aux pouces lors d'un entraînement de karaté; le 4 avril 2000, il a subi une entorse du pouce droit et, le 3 juillet 2000, du pouce gauche. Dans un rapport du 8 décembre 2000, le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie de la main, a attesté une incapacité de travail entière dès le 30 novembre 2000 et préconisé une arthrodèse de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche. Cette intervention a été effectuée le 30 novembre 2000 à la Clinique J. _____. L'assuré a repris le travail le 6 février 2001. Il a été à nouveau totalement incapable de travailler dès le 9 novembre 2001. Le 27 novembre

suisant, il a subi une arthrodèse de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit. Le 14 décembre 2001, K. _____ a été mordu à la main gauche par un cheval. Le 17 décembre suivant, il a été opéré à l'Hôpital X. _____ d'un phlegmon du dos de la main gauche. Le 22 mars 2002, une nouvelle intervention chirurgicale a eu lieu à la Clinique J. _____ où le Dr Q. _____ a procédé à une ténolyse des extenseurs au dos du poignet gauche. Le 4 juillet 2002, ce médecin a pratiqué une neurolyse et une transposition de névrome au niveau de la branche sensitive dorsale du nerf cubital au poignet gauche. Dans un rapport du 22 juillet 2002, le Dr Q. _____ a fait état d'une arthrose post-traumatique MP des pouces droit et gauche, ainsi que d'un status après morsure de cheval à la main et au poignet gauches, suivie d'une infection. Il indiquait un pronostic réservé en ce qui concernait l'aptitude de l'intéressé à reprendre son activité professionnelle. Aucune reprise du travail même partielle n'étant envisageable, la municipalité de S. _____ a mis fin au contrat de travail de K. _____ au 30 juin 2003. Il s'est alors inscrit à l'assurance-chômage, qui, par décision du 12 septembre 2003, l'a déclaré inapte au placement dès le 1^{er} juillet 2003. Par décision sur opposition du 11 novembre 2004, la Vaudoise a alloué à K. _____ des indemnités journalières dès le 1^{er} juillet 2003, sur la base d'une incapacité de travail de 50%. Saisi d'un recours, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a confirmé cette décision par jugement du 16 janvier 2006 (cause n° AA 4/05 – 39/2006). Un recours interjeté par l'assuré contre ce jugement a été rejeté par le Tribunal fédéral dans un arrêt du 6 juillet 2007 (arrêt U 316/06). Par une autre décision du 17 décembre 2004, la Vaudoise a supprimé tout droit à une indemnité journalière dès le 13 octobre 2003. Elle est toutefois revenue sur cette dernière décision et a accepté d'allouer par décision du 3 janvier 2005 une telle prestation, fondée sur une incapacité de travail de 50%, jusqu'au 31 décembre 2004. Elle a confirmé cette décision par décision sur opposition du 5 juillet 2005. Le 14 mars 2006, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a constaté la nullité d'office de cette décision, dans la mesure où elle avait été rendue alors que la décision sur opposition du 11 novembre 2004 faisait l'objet d'une procédure judiciaire pendante (cause n° AA 78/05 – 36/2006).

B. En date du 28 janvier 2003, K. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), tendant à un reclassement dans une nouvelle profession ou à une rééducation dans la même profession, en indiquant avoir été victime d'une morsure de cheval le 14 décembre 2001 ayant entraîné une sévère infection du poignet gauche. Le 11 février 2003, la ville de S. _____ a complété un questionnaire pour l'employeur, indiquant que K. _____ était en incapacité totale de travail depuis le 9 novembre 2001 et que son salaire mensuel brut en 2002 se serait élevé à 6'633 fr. 45, treizième salaire et gratification compris. Procédant à l'instruction du dossier, l'OAI a confié au Dr H. _____, spécialiste en chirurgie de la main, le soin de procéder à l'expertise de l'assuré. Dans son rapport du 11 novembre 2004, il a posé une liste de douze diagnostics affectant la capacité de travail. Sans répercussion sur l'exigibilité, il a retenu une asymétrie de longueur des membres inférieurs suite à un traitement conservateur d'un pied bot à gauche (depuis la naissance) ainsi qu'un état dépressif fluctuant réactionnel. D'après l'expert, une arthrodèse radio-métacarpienne permettrait à son patient de se passer de l'attelle qu'il portait de manière permanente au poignet gauche. L'assuré subissait des limitations fonctionnelles douloureuses aux deux mains, plus particulièrement au poignet gauche, mais aussi à la métacarpo-phalangienne des deux pouces. Sur le plan psychique, les troubles évoqués n'influençaient pas la capacité de travail de l'assuré, mais étaient susceptibles d'influencer défavorablement son état douloureux chronique. Il n'y avait

aucune limitation sociale. L'activité habituelle n'était plus exigible, l'incapacité de travail étant totale dès le 9 novembre 2001, soit pour des raisons physiques, soit parce que le corps de police de S._____, où K._____ travaillait précédemment, ne pouvait lui offrir la possibilité de se réintégrer. L'assuré ne pouvait plus pratiquer de sports de combat, ni les enseigner. Toutefois, un reclassement professionnel dans une activité adaptée à l'état de santé de l'intéressé, soit ne sollicitant ses deux membres supérieurs ni en force, ni de manière répétée, et n'exigeant pas de manœuvre de dextérité ou de force, telle que contrôleur technique dans un parking, surveillant dans une centrale d'alarme, dans le domaine de la protection des choses et des biens ou dans une centrale de gestion de chauffage à distance, lui permettrait de retrouver une capacité totale de travail, sans diminution de rendement. Dans un courrier du 25 janvier 2005, le Dr C._____, spécialiste en anesthésiologie, a exposé avoir pratiqué un test de stimulation médullaire sur l'assuré, consistant en l'implantation d'une électrode dans l'espace péridural cervical et censé atténuer la douleur du membre supérieur. Toutefois, l'intéressé avait développé une infection sévère au point d'entrée de l'électrode, qui avait nécessité le retrait du système en urgence. Le test ayant néanmoins révélé un statu quo, le praticien admettait que les possibilités thérapeutiques étaient très pauvres et que lui-même n'avait pas d'autre proposition à formuler. Le Service médical régional de l'AI (SMR) a fait procéder à un examen rhumatologique le 7 juin 2006. Dans son rapport du 3 août suivant, la Dresse I._____, spécialiste en médecine interne générale, a retenu les diagnostics suivants: - avec répercussions sur la capacité de travail: • status post-morsure et infection du poignet gauche avec diverses opérations, rigidité et douleurs chroniques résiduelles (M19.3); • lombalgies non déficitaires chroniques dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif, status post-spondylodèse L5-S1 en 1979, reprise en 1986 avec léger syndrome vertébral (M51.8); • status après arthrodèse des deux pouces (M18.2); • pied bot congénital avec hypotrophie de la jambe gauche séquellaire; - sans répercussion sur la capacité de travail: • dorsalgies consécutives à l'ablation d'un stimulateur médullaire infecté et dysfonction costo-vertébrale; • chondropathie-patellaire gauche anamnestique; • obésité (BMI 32,5); • status post-cure d'hémorroïdes. La Dresse I._____ a relevé que l'assuré présentait plusieurs atteintes à la santé ostéoarticulaires, notamment au rachis et au poignet gauche, dont découlaient des limitations fonctionnelles claires (pas de position statique prolongée, debout, assise, en rotation flexion du tronc et en porte-à-faux; pas de travail à la chaîne ou sur machines vibrantes; port de charges de 10kg maximum et occasionnellement; pas de mouvements répétitifs avec le membre supérieur gauche; pas de travaux fins et bi-manuels). Les dorsalgies pouvaient être améliorées par une prise en charge thérapeutique manuelle, voire par de l'ostéopathie et ne pouvaient être considérées comme invalidantes. Les lombalgies n'avaient pas empêché le patient de travailler comme agent de police ou d'exercer des arts martiaux et l'état était stable. La main gauche avait fait l'objet d'une expertise et son état n'avait pas changé depuis lors. Ainsi, au vu de la réversibilité du problème dorsal, la capacité de travail exigible de l'intéressé était nulle dans l'activité habituelle, mais de 80% dans une activité adaptée, étant donné la nécessité d'alterner les positions et le ralentissement de certains gestes dans la vie de tous les jours. C. En date du 1^{er} juin 2007, l'OAI a alloué à K._____ une rente entière d'invalidité dès le 9 novembre 2002, puis une demi-rente à partir du 1^{er} janvier 2004, fondée sur un degré d'invalidité de 51,29%, précisant que des mesures professionnelles ne seraient pas entreprises, l'intéressé s'opposant à l'exigibilité médicale de 80% qui lui était reconnue. Cette décision retenait que l'assuré serait en mesure d'exercer une activité d'animateur pour personnes âgées à 80%,

dont la qualification pouvait s'acquérir en cours d'emploi. K. _____ a recouru contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Le recours a été admis par le Tribunal des assurances du canton de Vaud en date du 14 novembre 2008 (cause n° AI 267/07 – 363/2008), au motif que l'état du dossier ne lui permettait pas de statuer en toute connaissance de cause, de sorte qu'un complément d'instruction s'avérait nécessaire. La décision sur opposition du 1^{er} juin 2007 a été annulée et le dossier de la cause renvoyé à l'OAI afin qu'il complète l'instruction et rende une nouvelle décision. Un recours contre le jugement du Tribunal des assurances a été rejeté par le Tribunal fédéral le 15 janvier 2009 (arrêt 9C_1028/2008). D. Ensuite de la notification du jugement cantonal, l'assuré a déposé un rapport d'expertise du 2 décembre 2008, dans lequel le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie et chirurgie de la main, concluait à une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle nécessitant l'emploi des membres supérieurs. Le 2 juin 2009, l'OAI a chargé la Clinique B. _____ de procéder à l'expertise de l'assuré. Celui-ci a séjourné à la Clinique B. _____ du 30 juin au 1^{er} juillet 2009. Le rapport d'expertise du 6 juillet 2009 a été rédigé par le Dr P. _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, lequel s'est fondé notamment sur une anamnèse et examen clinique effectué par ses soins ainsi que sur une évaluation des capacités fonctionnelles et une évaluation en atelier professionnel. L'expert a posé comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail uniquement des douleurs persistantes des deux mains et poignets (M79.62). Selon le rapport d'expertise, les données médicales attestaient une incapacité de travail totale dans toute activité du 14 décembre 2001 au 31 octobre 2004. Dès cette date, une pleine capacité était exigible dans une profession adaptée, en prenant en compte des limitations en termes de port de charge et de manutention. Théoriquement, le recourant était apte à exercer une activité exigeant un niveau d'effort léger, impliquant de devoir marcher ou de rester souvent debout, de pousser/tirer avec les bras ou de disposer d'un bon contrôle des membres inférieurs en plus du fait de rester assis la plupart du temps et de travailler à un rythme de production imposé. Subjectivement, en revanche, le résultat était, selon les termes du praticien prénommé, pitoyable: les douleurs des extrémités supérieures se réveillaient au moindre effort et atteignaient un score très élevé sur l'échelle visuelle analogique (80/100). L'expert relevait qu'il existait un hiatus considérable entre les données objectives et l'intensité de la douleur décrite, d'une part, entre le handicap et les capacités fonctionnelles d'un sujet autonome dans la vie courante, qui ne manifestait aucune épargne dans la gestuelle et qui s'adaptait sans difficulté excessive aux exigences de la vie courante d'autre part (port d'un sac, conduite d'un bus, etc). Le rapport signalait qu'à l'occasion de l'évaluation en atelier professionnel, la participation de l'assuré paraissait conditionnée par l'intérêt qu'il nourrissait pour l'activité proposée: l'intéressé opposa également une limite dans la durée par l'allégation de symptômes douloureux. Au terme de son bilan et après l'étude du dossier, le Dr P. _____ relevait ne pas comprendre pourquoi l'assuré n'avait pas mis en valeur une capacité de travail résiduelle depuis 2004. Il existait un écart (gap) considérable entre l'atteinte lésionnelle et la désinsertion professionnelle. Invitée à préciser ses conclusions, la Dresse I. _____ a indiqué dans un courriel du 7 août 2009 que la capacité de travail de l'assuré était totale dans une activité adaptée, ajoutant qu'une diminution de rendement de 20% était acceptable en raison de la nécessité de changer fréquemment de position et du ralentissement de certains gestes de la vie quotidienne. Le 23 novembre 2010, l'OAI a envoyé au conseil de l'assuré un projet d'acceptation de rente selon lequel il lui accordait une rente entière depuis le 1^{er} novembre 2002, puis trois mois après l'amélioration de l'état de santé, soit le 1^{er} janvier 2005, un trois quarts de rente basé sur un

degré d'invalidité de 62%. Le revenu sans invalidité retenu était de 102'623 fr. 15 et correspondait au salaire auquel l'assuré aurait pu prétendre en tant que brigadier en 2004 (année d'ouverture du droit à la rente). Quant au revenu sans invalidité, il se fondait sur les salaires statistiques et s'élevait à 57'258 fr. 24, respectivement 38'935 fr. 60 après abattement de 15%. Selon ce projet, le recourant a une capacité de travail de 80 % depuis le mois d'octobre 2004 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes: alterner régulièrement les positions; pas d'effort impliquant de pousser-tirer avec les bras; faire des mouvements répétitifs avec le poignet gauche; port de charges limité à 10 kg occasionnellement; pas de travail fin ni manuel; fonction de l'extrémité supérieure gauche limitée en raison de l'arthrodèse du poignet et d'une pince polici-digitale moins efficace. Des mesures d'orientation professionnelle avaient été mises en place par le biais de plusieurs stages. Néanmoins, au terme de ces mesures, l'OAI a constaté qu'il n'y avait aucune mesure qui permettrait de réduire le préjudice économique et que seules des activités de type non qualifiées étaient exigibles, par exemple la surveillance d'un processus de production. E. Entre-temps, soit le 15 juin 2006, l'OAI a rendu une décision rejetant la demande d'indemnités journalières pendant le délai d'attente, à laquelle l'assuré s'est opposé en date du 13 juillet 2006. Par décision sur opposition du 27 novembre 2006, l'OAI a rejeté l'opposition contre la décision précitée. Il a constaté que K. _____ était objectivement apte à la réadaptation. Il a toutefois considéré que celui-ci n'était pas subjectivement apte à la réadaptation puisqu'il avait déclaré dans un courrier du 7 février 2005 que seule une rente pouvait lui être allouée. L'OAI relevait par ailleurs que l'assureur accident avait dû recourir aux services d'un détective privé afin d'établir clairement les capacités professionnelles de l'intéressé. Par arrêt du 10 février 2011 (cause n° AI 309/06 – 84/2011), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a admis le recours formé par l'assuré contre la décision sur opposition du 27 novembre 2006 au motif que c'était à tort que l'OAI avait refusé l'octroi d'indemnités journalières d'attente en raison de l'inaptitude subjective à la réadaptation. F. Le 28 février 2011, l'OAI a rendu une décision aux termes de laquelle il allouait à l'assuré une rente d'invalidité de trois quarts dès le 1^{er} mars 2011, sur la base d'un degré d'invalidité de 62%. Par décision du 8 juin 2012 (cause n° AI 102/11 – 196/2012), la Cour de céans a radié la cause du rôle par suite du retrait par l'assuré du recours formé contre la décision précitée. G. De son côté, par décision du 22 avril 2009, la Vaudoise a informé l'assuré qu'elle ne rendrait aucune décision sur les prestations de « longue durée » tant qu'une décision définitive ne serait pas rendue dans le cadre des procédures engagées vis-à-vis de l'OAI. L'assuré ne s'est pas opposé à cette décision. Le 11 juillet 2012, la Vaudoise a demandé à l'OAI de lui transmettre une copie des pièces de son dossier postérieures au 1^{er} janvier 2012. Ensuite de nombreux rappels restés infructueux, l'assuré a, par courrier du 25 novembre 2013, mis la Vaudoise en demeure de statuer sur son droit à des prestations de l'assurance-accidents dans un délai expirant au 20 décembre 2013. Par décision du 6 mars 2014, la Vaudoise a reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents dès le 1^{er} janvier 2005. Le degré d'invalidité retenu était de 44% et se fondait sur la comparaison entre un gain sans invalidité de 102'623 fr. 15 et un gain d'invalidité de 57'258 fr. 25. Elle expliquait qu'il ne lui était pas possible de se rallier sans autre à la décision de l'OAI dans la mesure où les examens effectués à la Clinique B. _____ en juin et juillet 2009 mettaient en évidence une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles objectivement présentées ne justifiaient en réalité pas de procéder à un abattement sur le gain d'invalidité. Le gain assuré étant de 106'800 fr., le montant de la rente

mensuelle s'élevait à 3'132 fr. 80 ($106'800 \times 0,8 \times 0,44 : 12$). Les taux d'indexation étaient de 1,9% dès le 1^{er} janvier 2005, de 4,1% dès le 1^{er} janvier 2007 et de 8% dès le 1^{er} janvier 2009. Déduction faite d'un acompte de 50'000 fr. versé le 6 mai 2008, le montant total des prestations rétroactives en faveur de l'assuré s'élevait à 318'039 fr. 40, soit 76'615 fr. 20 pour la période du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2006, 78'270 fr. pour la période du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2008 et 213'154 fr. 20 pour la période comprise entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 mars 2014. Une éventuelle restitution à la Caisse de pensions Z._____ était réservée, en fonction de ses propres critères de surindemnisation ce qui différait le calcul des intérêts moratoires lequel ne pouvait s'effectuer qu'une fois connu le montant d'une demande de restitution. La Vaudoise a en outre reconnu le droit de l'assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 16% pour le pouce droit et de 36% pour la main gauche, soit au total 37'980 fr., intérêts moratoires jusqu'au 31 mars 2014 par 13'771 fr. 65 en sus. L'assuré s'est opposé à cette décision en date du 2 avril 2014, déclarant qu'il n'entendait pas la contester s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En revanche, il sollicitait son annulation en ce qui concerne la rente d'invalidité, celle-ci devant être fixée à un minimum de 75%. Le 17 avril 2014, la Caisse de pensions Z._____ a demandé à la Vaudoise le remboursement de la somme de 199'786 fr. 30, correspondant aux prestations versées en trop pour la période du 1^{er} janvier 2005 au 31 (sic) avril 2014. L'assuré a acquiescé à cette requête. Statuant par décision sur opposition du 17 novembre 2014, la Vaudoise a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision initiale. Elle a d'abord réaffirmé que, selon l'expertise de la Clinique B._____, la capacité de travail de l'assuré devait être considérée comme étant complète dans une activité adaptée. Elle a ensuite exposé sur quelles bases elle avait déterminé les gains avec et sans invalidité, s'attachant à expliquer pour quelles raisons il ne se justifiait pas à ses yeux – et contrairement à la position de l'OAI – de retenir un abattement sur le salaire statistique. Enfin, elle a explicité au regard des dispositions applicables le calcul de la rente d'invalidité reconnue à l'assuré. H. Par acte du 24 décembre 2014, K._____ a saisi la Cour de céans d'un recours contre cette décision dont il a demandé sous suite de frais et dépens l'annulation en ce sens que le droit à une rente mensuelle d'un montant de 4'902 fr. 12 lui soit octroyée dès le 1^{er} janvier 2005 jusqu'en janvier 2009, le montant étant laissé à dire de justice pour la période ultérieure. Subsidiairement, il a conclu au renvoi de la cause pour nouvelle décision. Dans un premier grief d'ordre formel, il se plaint de la durée de la procédure administrative, celle-ci ne lui étant en aucun cas imputable. Sur le fond, il conteste le taux d'invalidité retenu. S'agissant du revenu sans invalidité, il estime qu'avec l'avancement salarial qu'il aurait obtenu au sein du corps de police de la ville de S._____, son salaire aurait été de 110'290 fr. 75 au moment des faits pertinents. Pour ce qui est du calcul du revenu d'invalidité, il se prévaut d'une capacité de travail très faible, étant d'avis que l'intimée est tombée dans l'arbitraire en suivant le rapport d'expertise de la Clinique B._____, son état de santé s'étant au surplus dégradé depuis lors. Toutefois, si le point de vue de l'OAI devait être suivi, c'est une capacité de travail de 80% qui devrait être retenue soit un revenu statistique de 45'806 fr. 60 ($57'258 \text{ fr. } 25 \times 0,8$). Le recourant considère en outre qu'il convient de procéder à un abattement de 25% sur ce revenu pour tenir compte de son âge (59 ans au moment de la décision entreprise) et de ses douleurs, ce qui conduit à un revenu de 34'354 fr. 95. Il s'ensuit une perte de gain de 75'935 fr. 75, d'où un taux d'invalidité de 68,85%. En conséquence, le calcul de la rente mensuelle s'établit comme suit : $106'800 \times 0,8 \times 0,6885 : 12$, le recourant ajoutant que l'indexation au renchérissement doit s'effectuer conformément aux taux figurant dans la décision du 6 mars

2014. A l'appui de ses allégations, le recourant a déposé un bordereau de pièces dans lequel figurait notamment une attestation du 1^{er} décembre 2003 du commissaire T. _____, chef de la police municipale de la ville de S. _____. Celui-ci y indiquait que « selon toute vraisemblance », le recourant aurait pu accéder dans les cinq ans à venir au grade de sergent, avec une rétribution annuelle de 101'087 fr. (treizième salaire compris). A la requête de la magistrate instructrice, l'OAI a déposé sous forme électronique le dossier du recourant. Dans sa réponse du 9 mars 2015, l'intimée conclut au rejet du recours. Tout en convenant que l'expertise de la Clinique B. _____ remontait au mois de juin 2009, elle témoignait cependant d'une situation stabilisée s'agissant des séquelles des accidents affectant les mains de l'assuré. En outre, celui-ci n'a jamais fait état d'une dégradation de son état de santé avant le dépôt de son mémoire de recours et la dernière facture médicale acquittée par l'intimée remontait au mois de septembre 2008. Quant à la détermination des revenus avec et sans invalidité, elle renvoie à la décision entreprise, se contentant de préciser qu'un abattement sur le revenu d'invalidité ne se justifie pas. D'une part, le recourant était âgé de 50 ans seulement lors de l'ouverture du droit à la rente et, d'autre part, le fait d'avoir 59 ans au moment de la décision querellée ne permettait pas d'admettre qu'il n'existait plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché équilibré. Était joint au mémoire de l'intimée un procès-verbal d'entretien du 31 octobre 2002 relatif aux possibilités de réintégration professionnelle du recourant au sein du corps de la police municipale de S. _____. En réplique du 5 juin 2015, le recourant reprend et précise l'argumentation développée dans son écriture précédente, concédant que l'abattement sur le salaire statistique puisse s'élever éventuellement à 20%. A titre de mesures d'instruction, il sollicite l'audition du commissaire T. _____ et demande l'administration d'une expertise médicale. Il maintient les conclusions prises dans son mémoire de recours. Dupliquant en date du 29 juin 2015, l'intimée relève qu'il ne saurait être question de tenir compte d'une hypothétique promotion pour déterminer le gain sans invalidité au 1^{er} janvier 2005. Par ailleurs, elle ne voit pas en quoi il se justifierait de procéder à un complément d'instruction sur le plan médical dans la mesure où le recourant n'indique pas en quoi consiste la modification de l'état de santé dont il se prévaut. Elle réaffirme en outre qu'aucun abattement sur le salaire statistique n'est à opérer dans le cas d'espèce. Renvoyant pour le surplus aux explications contenues dans ses décisions du 6 mars 2014 et 17 novembre 2014, elle conclut derechef au rejet du recours. S'exprimant une ultime fois par pli du 31 août 2015, le recourant a déclaré maintenir ses conclusions. Ces déterminations ont été communiquées pour information à la partie intimée, qui n'a pas procédé plus avant. 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'applique à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 56 ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé le 24 décembre 2014 contre la décision sur opposition du 17 novembre 2014, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 60 et 38 al. 4 let. c LPGA). Pour le surplus, répondant aux prescriptions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c LOJV [loi cantonale vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire ; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

2. a) Le litige porte sur le taux d'invalidité déterminant pour fixer le montant de la rente d'invalidité de l'assurance-accidents. b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; cf. aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; TF 9C_446/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2).

3. Par un premier grief d'ordre formel, le recourant se plaint de la durée excessive de la procédure administrative, partant de la violation du principe de célérité, sans former de conclusion particulière à cet égard. a) L'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) dispose que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. A l'instar de l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101) – qui n'offre, à cet égard, pas une protection plus étendue –, cette disposition consacre le principe de la célérité, autrement dit prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai impératif prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 130 I 312 consid. 5.1 et les références ; voir également TF 9C_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 3.1). b) La LPGA et la LAA ne fixent pas le délai dans lequel l'assureur doit rendre sa décision. En pareil cas, le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale. Sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes. A cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, en l'invitant à accélérer la procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.2 et les références ; voir également TF 9C_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 3.2). Des « temps morts » ne justifient pas d'emblée un constat de retard injustifié à statuer, mais seront intégrés dans une appréciation globale de la durée de la procédure (ATF 124 I 139). c) Quand bien même le recourant ne formule pas clairement et indiscutablement le grief de déni de justice, celui-ci tomberait à faux dans la mesure où le recourant ne s'est pas opposé à la décision d'ordonnancement de la procédure du 22 avril 2009 suspendant la décision à rendre en matière de prestations de longue durée (rente) jusqu'à droit connu sur la procédure en matière d'assurance-invalidité, laquelle s'est close par une décision de la Cour de céans rendue le 8 juin 2012 rayant la cause du rôle par suite de retrait du recours. Après la reprise de la procédure, il a certes, par courrier du 25 novembre 2013 consécutif à moult rappels (courriers du 30 novembre 2012, 4 février 2013, 26 mars 2013 et 21 juin 2013), enjoint la Vaudoise à statuer d'ici au 20 décembre 2013. Il n'a cependant pas donné suite à cette injonction par le dépôt d'un recours pour déni de justice et lorsque l'autorité a rendu la décision demandée, ce qui est le cas en l'espèce, le justiciable perd en principe tout intérêt à

faire constater un éventuel retard à statuer (TF 9C_414/2012 du 12 novembre 2012 consid. 1.1). 4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, et sous réserves de dispositions spéciales de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGa). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 LPGa). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGa). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

b) La date d'ouverture du droit à la rente est fixée au 1^{er} janvier 2005. Il convient d'admettre, à l'instar de la Vaudoise, que l'état de santé était stabilisé à cette date-là. Cette stabilisation (qui renvoie à la première condition posée à l'art. 19 al. 1 LAA) se déduit, outre de l'expertise de la Clinique B. _____, du rapport du Dr C. _____ du 25 janvier 2005 lequel relève le statu quo décrit par le patient nonobstant la stimulation médullaire effectuée courant 2004 et constate qu'après avoir testé plusieurs thérapies médicamenteuses, les possibilités thérapeutiques sont très pauvres au point que ce médecin n'a formulé aucune proposition au recourant lors de sa dernière consultation en novembre 2004. Aucun document médical postérieur ne vient soutenir l'hypothèse que l'état de santé ne serait pas stabilisé, plus exactement qu'il pourrait être sensiblement amélioré par l'instauration d'un nouveau traitement. Le Dr W. _____ mentionne dans son rapport du 2 décembre 2008 l'échec de tous les traitements mis en place depuis la morsure de décembre 2001, en particulier l'arthrodèse du poignet gauche d'avril 2007 (ch. 5), et fait état d'un épuisement des solutions chirurgicales (ch. 8). Le recourant ne produit aucun élément d'ordre médical s'inscrivant en faux contre une stabilisation à la date du 1^{er} janvier 2005. Quant à la seconde condition relative aux mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité, elle est également réalisée, en tant que l'OAI constate, au terme des mesures d'orientation professionnelle, qu'aucune mesure n'est susceptible de réduire le préjudice économique. Cette seconde condition n'était certes pas encore réalisée à la date du 1^{er} janvier 2005 puisque les mesures n'avaient pas encore été mises en place mais le recourant n'aurait aucun intérêt à soulever ce grief dans la mesure où la rente aurait simplement été transitoire (art. 19 al. 3 LAA et 30 al. 1 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]).

c) S'agissant de l'aspect médical du cas, il convient de relever que l'arrêt rendu par la Cour de céans le 10 février 2011 discute déjà de la valeur probante de l'expertise de la Clinique B. _____ (cf. considérant 6c en pp. 20-21) si bien qu'il suffit d'y renvoyer en précisant que le recourant ne produit aucun document médical postérieur à cette expertise (et il n'en existe de tel ni dans le dossier AI, ni dans le dossier de l'intimée), qui démontrerait que son état de santé se serait péjoré depuis lors au point d'influer sur sa capacité de travail telle que décrite par l'expertise précitée. Pour répondre aux griefs particuliers actuellement soulevés par le

recourant en relation avec cette expertise, il sera rappelé que l'expertise a précisément pour fonction d'évaluer rétroactivement l'évolution d'un état de santé. L'assuré a par ailleurs fait l'objet d'un examen clinique et de radiographies le 30 juin 2009 dans le cadre de l'expertise de telle sorte que l'on ne saurait soutenir que l'expertise de la Clinique B. _____ n'est fondée que sur les pièces médicales au dossier. Il doit donc être admis que le recourant présente bien une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles des membres supérieurs depuis novembre 2004. d) Point n'est dès lors besoin de donner suite à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 137 III 208 consid. 2.2 ; 136 I 229 consid. 5.3 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_554/2016 du 4 octobre 2016 et 9C_748/2013 du 10 février 2014). Au reste, comme exposé, aucun document médical au dossier ne remet en question l'appréciation des médecins de la Clinique B. _____. 5. a) En ce qui concerne l'appréciation du degré d'invalidité, il sera tout d'abord rappelé que, selon la jurisprudence, l'assureur-accidents est fondé à procéder à sa propre évaluation de l'invalidité, indépendamment de la décision de l'office de l'assurance-invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; TF 8C_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 4.1 ; 9C_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4). L'uniformité de la notion d'invalidité n'a pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1 ; 126 V 288 consid. 2a et 2d ; 119 V 471 consid. 4a ; Pratique VSI 2004 p. 185 consid. 3 ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). D'un autre côté, une évaluation entérinée par une décision entrée en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur, qui ne peut s'en écarter que s'il existe des motifs suffisants ; peuvent constituer de tels motifs le fait qu'une évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou de mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles, ou encore qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 ; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). b) Cela étant, il convient de relever que si l'atteinte principale (douleurs persistantes des mains et des poignets dans le contexte de multiples interventions chirurgicales entre 2000 et 2007) est identique aux atteintes accidentelles litigieuses, l'OAI retient en revanche encore l'atteinte lombaire et le pied bot à titre de pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité (cf. rapport médical de la Dresse I. _____ du 22 juillet 2009). La limitation fonctionnelle liée à l'alternance de positions retenue par l'OAI ne concerne donc pas l'assurance-accidents. Par ailleurs, le Service médical régional de l'AI (SMR) a validé l'expertise de la Clinique B. _____ tout en retenant en sus une diminution de rendement d'au plus 20% en raison de la nécessité d'alterner les positions et des difficultés manuelles entraînant un certain ralentissement (cf. rapport médical du 22 juillet 2009 précité). L'alternance des positions n'est à l'évidence pas imputable aux atteintes d'origine

accidentelle. Interpellée sur cette diminution de rendement, la Dresse I. _____ qualifie le ralentissement manuel de possible (cf. courriel du 7 août 2009). Cette dernière ne l'objective cependant pas et renvoie à son examen clinique de 2006, dont la valeur probante a été à juste titre remise en question dans le jugement rendu par le Tribunal des assurances le 14 novembre 2008 (cf. considérant 4a en pp. 19 et 20). A cela s'ajoute qu'à l'époque, la Dresse I. _____ n'avait pas intégré les difficultés manuelles dans la diminution de rendement et comme elle mentionne une situation inchangée dans son courriel du 7 août 2009, son avis perd encore en pertinence. De surcroît, ni le Dr P. _____, ni le Dr H. _____ ne retiennent une diminution de rendement et, comme la Dresse I. _____ le relève dans son courriel précité, il ne lui appartient pas de se prononcer sur celle-ci. Enfin, le recourant ne peut rien tirer des constats issus des rapports de stage d'orientation professionnelle dans la mesure où de jurisprudence constante (cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées), l'appréciation médicale l'emporte sur les conclusions des dits rapports. c) C'est donc à juste titre que la Vaudoise n'a pas suivi l'OAI s'agissant de la diminution de rendement. Au demeurant, il paraît discutable de retenir un abattement de 15% pour les limitations fonctionnelles et simultanément retenir une diminution de rendement de 20% liée aux mêmes limitations fonctionnelles, sous peine de prendre en compte à double dîtes limitations. 6. Subsiste la question du calcul du préjudice économique subi par le recourant, ce qui revient à déterminer son degré d'invalidité. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. également : TF 8C_166/2016 du 27 janvier 2017 consid. 2.1). La notion de marché équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2). Aux termes de l'art. 24 al. 2 OLAA, lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. b) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser si elle était en bonne santé ; c'est pourquoi il se

déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 135 V 287 consid. 5.1 et 134 V 322 consid. 4.1; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.2 et 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1). Selon la jurisprudence, le revenu que pourrait réaliser l'assuré sans invalidité est en principe établi sans prendre en considération les possibilités théoriques de développement professionnel ou d'avancement, à moins que des indices concrets rendent très vraisemblable qu'elles se seraient réalisées. Cela pourra être le cas lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances dans ce sens. En revanche, de simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas; l'intention de progresser sur le plan professionnel doit s'être manifestée par des étapes concrètes, telles que la fréquentation d'un cours, le début d'études ou la passation d'examens (TF 8C_380/2012 du 2 mai 2013 consid. 2 et les arrêts cités). Le point de savoir si le salaire réel aurait augmenté grâce à un développement des capacités professionnelles individuelles, notamment un changement de profession, doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ibidem et la jurisprudence citée). Dans la décision attaquée, l'intimée a fixé le revenu sans invalidité à 102'623 fr. 15. Il s'agit du salaire de 98'530 fr. que le recourant aurait perçu en 2001 en tant que brigadier de police et indexé à l'année 2004. Il correspond à celui retenu par l'OAI dans sa décision du 28 février 2011. De son côté, le recourant fait valoir qu'il « aurait obtenu avec une probabilité confinante à la certitude un avancement salarial au sein de la police de S. _____ », de sorte que selon ses calculs son revenu s'établirait à 110'290 fr. 75 au moment des faits pertinents. La position de l'intimée doit être suivie, le recourant ne faisant pas la démonstration de chances d'avancement hautement vraisemblables. De simples possibilités théoriques n'entrent en effet pas en ligne de compte. L'assuré doit en effet apporter la preuve qu'il aurait réalisé un revenu plus élevé s'il n'était pas devenu invalide, par exemple, en établissant que l'employeur avait laissé entrevoir une perspective d'avancement ou qu'il avait donné des assurances en ce sens (cf. sur ce point Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2091, p. 557 et les références citées). On ne peut en l'occurrence que constater que la progression du recourant sur le plan professionnel ne repose sur aucun élément concret, de sorte que l'avancement salarial allégué n'est pas rendu vraisemblable en raison du caractère hypothétique qu'il revêt (sur ces questions cf. TF 8C_380/2012 du 2 mai 2013 consid. 5). Le certificat de travail du 1^{er} juillet 2003 produit par le recourant à l'appui de son mémoire du 24 décembre 2014 ne lui est d'aucun secours dès lors qu'il doit être replacé dans son contexte, en tant que sa finalité est d'appuyer une postulation et non de justifier des perspectives d'avancement. A cela s'ajoute que, dans sa lettre du 1^{er} décembre 2003, le commissaire T. _____ se montre particulièrement prudent quant aux chances du recourant de gravir les échelons hiérarchiques au sein du corps de police de la ville de S. _____, comme en témoignent l'usage du conditionnel et le recours à des formules telles que « selon toute vraisemblance ». Il ne fait ainsi qu'exprimer une hypothèse théorique. Le procès-verbal d'entretien du 31 octobre 2002, dressé dans le cadre de l'examen des possibilités de réintégration professionnelle du recourant parmi la police municipale de S. _____ et auquel a également participé le commissaire T. _____, ne décrit pas un collaborateur dont les perspectives d'avancement étaient assurées, notamment en raison de son caractère. Même si tel avait été le cas, la démonstration n'est pas faite que l'accession au grade de sergent aurait été très vraisemblable en 2004 déjà. En effet, dans son

attestation du 1^{er} décembre 2003, le commissaire T. _____ mentionne une échéance de cinq ans, sans que le recourant ne parvienne à démontrer le contraire. Dans ce contexte, il s'avère superflu de procéder à l'audition du commissaire T. _____, si bien que la requête du recourant sur ce point doit être écartée (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. la jurisprudence citée au considérant 4d ci-avant). Partant, il y a lieu de confirmer le revenu sans invalidité de 102'623 fr. 15. c) Pour fixer le revenu d'invalidé, il convient de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas à profit sa capacité de travail après l'accident. Dans ce cas, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), ou en fonction des données salariales résultant des DPT établies par la CNA (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 8C_761/2012 du 29 juillet 2013 consid. 3.3). En matière LAA, il est possible, mais non impératif, de recourir aux statistiques salariales (ESS) pour déterminer le revenu d'invalidé dans le cas où – comme en l'espèce – l'assuré n'a repris aucune activité lucrative ou une activité ne correspondant pas à l'exigibilité (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Dans un tel cas, on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; Pratique VSI 1999 p. 182). Le marché du travail offre en outre suffisamment d'activités légères compatibles avec les atteintes à la santé relevant de l'assurance-accidents dans le cas litigieux. L'intimée pouvait donc faire usage des statistiques salariales. En outre, une déduction supplémentaire des salaires statistiques peut être opérée dont la mesure 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). Une déduction globale maximale 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 consid. 5.2 in fine; 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Dans le cas d'espèce, le salaire de référence pour des hommes effectuant des activités simples et répétitives était, en 2004 (ESS 2004 ; tableau TA 1, niveau de qualification 4), de 4'588 fr. par mois, part au treizième salaire comprise. En tenant compte de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2004 (41,6 heures ; La Vie économique, 5-2009, p. 94, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'771 fr. 52, correspondant à un salaire annuel de 57'258 fr. 24. En revanche, c'est à tort que l'intimée n'a pas procédé à un abattement sur le revenu statistique. Celui-ci doit être fixé à 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles liées à l'atteinte aux membres supérieurs. S'agissant du critère de l'âge proche de la retraite, le moment déterminant correspond à celui où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettaient d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4), dès lors qu'on ne peut, avant cette date exiger de l'assuré la reprise d'une activité en fonction d'une éventuelle capacité résiduelle de travail dont il ne connaissait pas l'étendue. En l'occurrence, ce moment remonte au plus tard à l'expertise de la Clinique B. _____ alors que le recourant n'avait que 54 ans, soit un âge encore très éloigné de la retraite. Le recourant a par ailleurs démontré par ses changements de profession puis ses changements d'affectation au sein de la police, son aptitude à s'adapter professionnellement. L'éloignement du travail lui est imputable, l'absence de volonté de se réinsérer professionnellement étant vraisemblable au vu des constatations médicales. Enfin, il est apte au travail à plein temps, ce qui lui offre

plus d'opportunités qu'un temps partiel. Compte tenu d'un taux d'abattement de 10%, le revenu d'invalidité s'élève à 51'532 fr. 42. Comparé au revenu sans invalidité de 102'623 fr. 15, il s'ensuit une perte de gain de 51'090 fr. 73, d'où un taux d'invalidité de 49,78%, qui doit être arrondi à 50% (ATF 130 V 121 consid. 3.2). 7. Les rentes sont calculées d'après le gain assuré (cf. art. 15 al. 1 LAA). Est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (cf. art. 15 al. 2, deuxième phrase, LAA). La rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré, en cas d'invalidité totale; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence (art. 20 al. 1 LAA). Est réputé gain assuré le salaire déterminant au sens de la législation sur l'AVS (cf. art. 22 al. 2 OLAA). En l'occurrence, l'intimée a fixé le gain assuré à 106'800 fr. (art. 22 al. 1 OLAA, dans sa teneur en vigueur au moment de l'ouverture du droit à la rente). Non contesté, il peut être confirmé. Le montant de la rente mensuelle s'élève dès lors à 3'560 fr. ($106'800 \times 0,8 \times 0,5 : 12$). En tenant compte des indexations que le recourant ne critique au demeurant pas et dont le dernier changement remonte au 1^{er} janvier 2009 (cf. à ce sujet l'ordonnance 09 du 29 octobre 2008 sur les allocations de renchérissement aux rentiers de l'assurance-accidents obligatoire ; RS 832.205.27) soit 1,9% pour la période du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2006 (cf. ordonnance 05 du 3 novembre 2004), 4,1% pour la période du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2008 (cf. ordonnance 07 du 15 novembre 2006) et 8% pour la période du 1^{er} janvier 2009 au 31 mars 2014, la rente mensuelle d'invalidité est de : 3'627 fr. 65 depuis le 1^{er} janvier 2005 ($(106'800 \times 101,9\%) \times 0,8 \times 0,5$) : 12 3'705 fr. 95 depuis le 1^{er} janvier 2007 ($(106'800 \times 104,1\%) \times 0,8 \times 0,5$) : 12 3'844 fr. 80 depuis le 1^{er} janvier 2009 ($(106'800 \times 108\%) \times 0,8 \times 0,5$) : 12 Les rentes annuelles de l'assurance-invalidité versées au 1^{er} janvier 2005 totalisant 36'108 fr. (cf. décision sur opposition du 17 novembre 2014, ch. 2.9, p. 5) et la rente de l'assurance-accidents s'élevant à 43'531 fr. 80 ($3'627 \text{ fr. } 65 \times 12$), il s'agit d'une rente simple, le plafond de 90% du gain assuré (96'120 fr.) n'étant pas atteint (art. 20 al. 2 LAA). La question des intérêts moratoires ne peut être tranchée dans le cadre du présent litige faute de connaître le montant de l'éventuelle surindemnisation consécutive aux prestations déjà versées par la Caisse de pensions Z. _____. Il appartiendra à l'intimée de rendre une nouvelle décision sur ce point, à la lumière du calcul des rentes d'invalidité tel que figurant ci-avant. 8. Il résulte de l'ensemble des éléments qui précèdent que le recours doit être partiellement admis. Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA, est tenue de verser à K. _____ une rente mensuelle d'invalidité d'un montant de 3'627 fr. 65 pour la période comprise entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2006, de 3'707 fr. 95 pour la période comprise entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2008 et de 3'844 fr. 80 à compter du 1^{er} janvier 2009. 9. Le présent arrêt est rendu sans frais, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA et 45 LPA-VD). Obtenant partiellement gain de cause en étant assisté d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer, au vu de l'importance et de la complexité du litige, à 1'500 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est partiellement admis. II. La décision sur opposition rendue le 17 novembre 2014 par Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA, est réformée. III. Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA, est condamnée à verser à K. _____ une rente mensuelle d'invalidité d'un montant de 3'627 fr. 65 (trois mille six cent vingt-sept francs et soixante-cinq centimes) pour la période comprise entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2006, de 3'707 fr. 95 (trois mille sept cent sept francs et nonante-cinq centimes) pour la période

comprise entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2008 et de 3'844 fr. 80 (trois mille huit cent quarante-quatre francs et huitante centimes) à compter du 1^{er} janvier 2009. IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. V. Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA, versera à K. _____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Christophe Wagner, avocat (pour K. _____), ■ Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA, - 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).
Le greffier :

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