

VD_FINDINFO AA 66/11 - 8/2013 vom 20. Dezember 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_66_11_-_8_2013

FR: VD_FINDINFO AA 66/11 - 8/2013 du 20 décembre 2012

IT: VD_FINDINFO AA 66/11 - 8/2013 del 20 dicembre 2012

Regeste

SALAIRE DÉTERMINANT, REVENU D'INVALIDE, REVENU SANS INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, REVENU HYPOTHÉTIQUE, OBLIGATION DE RÉDUIRE LE DOMMAGE, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ | 18 al. 2 LAA, 19 al. 1 LAA, 21 LAA, 25 al. 1 LAA, 48 LAA, 6 al. 1 LAA, 16 LPGA, 21 al. 4 LPGA, 4 LPGA, 36 al. 1 OLAA, 61 OLAA

Erwägungen

E. 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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt (art. 58 al. 1 LPGA). 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse est manifestement supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]). b) Le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

E. 2

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, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

E. 3

En l'occurrence est litigieuse la question de la capacité de travail exigible de l'assuré, son droit à une rente et son IPAI.

E. 4

a) Aux termes de l'art. 4 LPGA, 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. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être réalisés cumulativement : une atteinte dommageable ; le caractère soudain de l'atteinte ; le caractère involontaire de l'atteinte ; le facteur extérieur de l'atteinte ; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (cf. ATF 129 V 402, consid. 2.1 et les références citées ; TF 8C_520/2009 du 24 février 2010, consid. 2). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 402 précité). Quant au caractère soudain de l'atteinte, celle-ci doit se produire, pour que cette condition soit remplie, pendant un laps de temps relativement court, et pouvoir être rattaché à un événement unique – et non consister en des troubles à répétition, par exemple des microtraumatismes quotidiens (TF 8C_520/2009 du 24 février 2010, consid. 4.2) ; la soudaineté doit se rapporter au facteur extérieur qui est à l'origine de l'atteinte (TF 8C_234/2008 du 31 mars 2009, consid. 6).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; TF 8C_432/2007 du 28 mars 2008, consid. 3.2.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009, consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008, consid. 3.1 et les références citées). Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 et les références citées) ; le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne

suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc" ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009, consid. 2.2). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; ATF 129 V 177 précité, consid. 3.2 ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1 in fine et les références citées).

E. 5

a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références citées ; cf. ATF 126 V 353 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a p. 322). b) Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et les références citées, RAMA 2004 n° U 515 p. 420, consid. 1.2, TFA U 64/02 ; VSI 2000 p. 201, consid. 2d). c) En cas de recours, le tribunal se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du

E. 8

a) Pour procéder à l'évaluation du taux d'invalidité, le revenu sans invalidité est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010, consid. 2 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 165 p. 898). 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 ; dans la mesure où ils 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 (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010, consid. 6.2 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 165 pp. 898-899). 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). Le revenu hypothétique de la personne valide (revenu sans invalidité ou revenu de valide) se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.1). Il est toutefois possible de s'écarter de ce principe lorsqu'on ne peut évaluer sûrement le revenu sans invalidité (ATF 128 V 29 consid. 1). Ainsi, s'il n'est pas possible de se fonder sur le dernier salaire réalisé en raison de circonstances particulières ou que celui-ci ne peut pas être déterminé faute de renseignements ou de données concrètes, il faut se référer à des valeurs moyennes ou des données tirées de l'expérience. Le recours aux données statistiques résultant de l'ESS suppose aussi de prendre en considération l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles qui peuvent le cas échéant avoir une répercussion sur le revenu (cf. TF 9C_910/2010 du 7 juillet 2011, consid. 4.4.2). En ce qui concerne le revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010, consid. 3 et 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3). b) En l'occurrence, dans la décision du 2 février 2009, l'intimée a retenu un revenu sans invalidité de 73'237 fr. 15 pour l'année 2005. Ce revenu est fondé sur l'enquête économique pour les indépendants effectuée par l'OAI en août 2005. Cette enquête a déterminé qu'en 2002, le revenu était de 70'873 fr., soit indexé à 2005, de 73'237 fr. 15. Il n'a pas été contesté par la recourante dans son opposition. Il ne l'a pas été non plus dans le cadre de la procédure AI et c'est celui qui a été retenu dans l'arrêt rendu le 27 novembre 2009 par la CASSO. Il n'y a pas lieu de remettre en cause ce revenu ; la

recourante ne fait d'ailleurs valoir aucun argument à cet égard. S'agissant du revenu d'invalidité, il ressort de la décision de l'OAI rendue le 21 janvier 2009 que cet office avait considéré dans un premier temps que des mesures professionnelles étaient envisageables pour réduire la perte économique de l'assuré. Celui-ci ayant déclaré qu'il s'estimait incapable de travailler à 50%, de telles mesures n'ont pas été mises en place. L'OAI a alors considéré au titre de l'obligation pour l'assuré de diminuer son dommage, que le taux d'invalidité devait être fixé selon l'activité exigible selon l'appréciation médicale et non selon celle que l'assuré consent à exercer. Il avait retenu que l'assuré aurait pu travailler dans une activité adaptée à l'issue de mesures professionnelles nécessitant une formation de type CFC. Cet office s'était alors fondé sur la table TA1 de l'ESS 2004, niveau de qualification 3, soit, selon la décision, 5'500 fr. (en réalité 5'550 fr.). Cela étant, en procédure de recours, l'OAI avait relevé qu'à défaut de sommation avertissant l'assuré des conséquences de son refus de collaborer, il fallait prendre en considération un revenu de niveau 4, correspondant à des activités ne nécessitant pas de formation particulière (soit 4'588 fr.). Dans sa décision sur opposition, l'assurance a estimé que si l'OAI n'avait pas pu prendre en considération des statistiques ESS compatibles avec des mesures de reclassement professionnel, c'est en raison d'un vice de procédure, soit l'absence de sommation. L'intimée, se référant à l'arrêt de la Cour de céans du 28 octobre 2009 réformant la décision AI du 29 janvier 2009, considère ne pas être liée par l'évaluation de l'invalidité faite par l'OAI et que sur le principe, les mesures de reclassement restaient parfaitement exigibles. Elle se fonde donc sur la table TA7 et le niveau de connaissances professionnelles spécialisées, soit le niveau 3 de l'ESS 2006. c) Selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. L'art. 61 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) concrétise et précise, pour ce qui est de l'assurance-accidents, les conséquences d'un refus de l'assuré. Il prévoit - conformément d'ailleurs à un principe général du droit de la responsabilité civile (cf. ATF 134 V 189 consid. 2.1 p. 193, 130 III 182 consid. 5.5.1 p. 189, et les références citées) - de faire supporter à l'assuré la part du dommage dont il est personnellement responsable. Sous le titre "Refus d'un traitement ou d'une mesure de réadaptation exigibles", cette disposition a en effet la teneur suivante : "Si l'assuré se soustrait à un traitement ou à une mesure de réadaptation auxquels on peut raisonnablement exiger qu'il se soumette, il n'a droit qu'aux prestations qui auraient probablement dû être allouées si ladite mesure avait produit le résultat escompté". L'art. 21 al. 4 LPGA vise un état de fait qui naît postérieurement à la survenance de l'accident et qui s'inscrit donc dans l'obligation générale qui incombe à l'assuré de réduire le dommage (cf. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 65 ad art. 21, p. 293). En matière d'assurance-accidents, il se conjugue avec l'art. 48 al. 1 LAA, selon lequel l'assureur peut prendre les mesures qu'exige le traitement approprié de l'assuré en tenant compte équitablement des intérêts de celui-ci et de ses proches. Comme l'assureur-accidents n'alloue pas de prestations sous la forme de réadaptation professionnelle, l'art. 21 al. 4 LPGA s'applique avant tout au refus de se soumettre à un

traitement médical, notion qui comprend aussi bien les mesures d'investigation médicale que le traitement proprement dit (Kieser, op. cit., n. 68 ad art. 21, p. 293). Néanmoins, l'assureur-accidents peut aussi réduire ou refuser ses prestations si l'assuré se soustrait à une mesure de réadaptation professionnelle ordonnée par l'assurance-invalidité (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 341 p. 941 ; ATF 134 V 189 ; TF 8C_525/2009 du 18 mai 2010). d) En l'espèce, pour que l'on puisse considérer que l'assuré s'était soustrait à une mesure de réadaptation professionnelle ordonnée par l'assurance-invalidité, il eût fallu que la procédure y relative ait été suivie. Or tel n'a pas été le cas, faute de sommation. En conséquence, l'assurance n'est pas habilitée à réduire ou à refuser ses prestations pour ce motif. Il convient donc de prendre en considération dans l'ESS le niveau 4, soit le niveau correspondant à des activités simples et répétitives et non le niveau 3, à savoir le niveau des connaissances professionnelles spécialisées. e) S'agissant du tableau à prendre en considération, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475, 126 V 75 consid. 3b/aa p. 76 et les références citées). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité de travail résiduelle, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (TF 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1 ; ATF 133 V 545 et les références citées ; TF 26 février 2009, 8C_625/2008). f) En l'espèce, l'intimée s'est référée à la table TA7 sans motiver son choix. Il n'y a aucune raison de ne pas s'en tenir à la règle usuelle. En particulier il est constant que l'activité exercée précédemment n'est plus exigible. Dans ces conditions, il convient de retenir le tableau TA1, à la ligne "TOTAL" pour déterminer le revenu d'invalidité de l'assuré, soit 4'588 fr., part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2004, TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures ; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'771 fr. 52 (4'588 fr. x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de 57'258 fr. 24. Ce montant doit ensuite être indexé à l'évolution des salaires nominaux entre 2004 et 2005 (+ 1%), soit 4'819 fr. 23, ce qui donne un salaire annuel à 100% de 57'830 fr. 82. Compte tenu de la capacité de travail de l'assuré fixée à 75%, il faut retenir un salaire d'invalidité de 43'373 fr. 12 (57'830 fr. 12 - 25%). g) La recourante conteste le taux d'abattement fixé à 5% par l'intimée. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits

dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). 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 (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 s.). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge si par exemple l'assurance a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit si elle a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci (cf. ATF 132 V 393 consid. 3.3 p. 399), notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (TF 8C_705/2011 du 21 octobre 2011 ; ATF 130 III 176 consid. 1.2 p. 180). Lorsque l'assuré est apte à travailler à plein temps, mais avec un rendement diminué, cette diminution de rendement est prise en compte dans la fixation de l'incapacité de travail. En principe, il n'y a pas lieu d'opérer en plus un abattement lié au handicap (cf. arrêts 9C_40/2011 du 1^{er} avril 2011 consid. 2.3.1, 8C_827/2009 du 26 avril 2010 consid. 4.2.1, 9C_980/2008 du 4 mars 2009 consid. 3.1.2, 8C_765/2007 du 11 juillet 2008 consid. 4.3.3, 9C_344/2008 du 5 juin 2008 consid. 4 et I 69/07 du 2 novembre 2007 consid. 5.1). En revanche, un abattement à raison d'autres circonstances est admissible dans la limite maximale de 25%. Ainsi un abattement par exemple pour désavantage salarial peut se justifier, malgré une diminution de rendement déjà admise (TF 8C_585/2011 du 5 avril 2012). Compte tenu de l'ensemble des circonstances ce taux d'abattement apparaît effectivement trop bas dans la mesure où l'assuré n'aurait selon toute vraisemblance exploiter sa capacité résiduelle de travail qu'avec des chances de gain inférieures à la moyenne (TF 9C_390/2011 du 2 mars 2012). Ainsi, ses limitations fonctionnelles constituaient un frein sérieux à l'obtention d'un salaire tel qu'il ressortait des données ESS. En définitive, la Cour de Céans considère qu'un taux d'abattement de 15% est approprié pour apporter un correctif réaliste au revenu qu'aurait pu réellement obtenir l'assuré par rapport au salaire statistique. Le salaire d'invalidé s'élève ainsi dans le cas présent à 36'867 fr. 15 (43'373 fr.

E. 12

15%). Le calcul du degré d'invalidité est ainsi le suivant : Revenu sans invalidité : 73'237 fr. 13 Revenu avec invalidité : 36'867 fr. 15 Perte de gain : 36'369 fr. 98 Degré d'invalidité : 49.66% En définitive, l'assuré avait droit à l'octroi d'une demi-rente dès le 1^{er} novembre 2005 jusqu'au 17 mars 2010, date de son décès. Cela étant, il convient de renvoyer la cause à l'intimée pour effectuer le calcul de la rente sous déduction des éventuelles sommes versées durant cette période à titre d'indemnités journalières. 9. Comme dernier grief, la recourante conteste le taux d'IPAI retenu par l'intimée. a) Celui qui, par suite d'un accident assuré, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité, sous forme de prestation en capital (art. 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA). L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème, reconnu conforme à la loi, ne constitue pas une énumération exhaustive (cf. ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb et les références citées). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne

figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). A cette fin, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables, émanant de l'administration, ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (cf. ATF 124 V 29 consid. 1c, 209 consid. 4a/cc, 116 V 156 consid. 3a). Selon l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. L'alinéa 4 de cette disposition prévoit qu'il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (cf. RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b et la référence citée). b) En l'espèce, s'agissant de l'IPAI, la recourante conteste le taux fixé par l'intimée (30%) affirmant qu'il faut le fixer à 60% pour tenir compte en particulier de la hernie discale et des troubles psychiques de l'assuré. Comme cela résulte de ce qui précède, ces troubles ne sont pas en relation de causalité avec l'accident et ne peuvent être pris en considération dans la fixation de l'IPAI. Seuls entrent en considération à cet égard la blessure de la jambe gauche de l'assuré. Dans leur rapport respectif, le Dr E. _____ arrête le taux d'IPAI à 20% et le Dr B. _____ le fixe entre 25 et 30%. C'est donc à bon droit que l'intimée a arrêté le taux d'IPAI à 30%. 10. a) En définitive, le recours doit être admis partiellement en ce sens que le droit à une rente à 50% est reconnu à feu M. X. _____ du 1^{er} novembre 2005 au 17 mars 2010, sous déduction des éventuelles sommes versées durant cette période à titre d'indemnités journalières. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). La recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD).

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