

VD_GERICHTE ZA09.000825 vom 23. Februar 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-02-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA09.000825

FR: VD_GERICHTE ZA09.000825 du 23 février 2011

IT: VD_GERICHTE ZA09.000825 del 23 febbraio 2011

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 5/09-51/2011 CO UR DE S ASSURANCES S OCIALES

Arrêt du 23 février 2011

Présidence de M. JOMINI Juges : Mme Röthenbacher et M. Gerber, juge suppléant Greffier : Mme Rouiller ***** Cause pendante entre : W. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Eduardo Redondo, avocat à Vevey, et Q. _____, à Lausanne, intimée. _____ Art. 16 al. 2 LAA; 6 LPG 402

- 2 - E n f a i t : A. Originaire du [...], W. _____ est né le 28 octobre 1957. A l'âge de douze ans, il a été amputé des deux phalanges de l'index gauche. Arrivé en Suisse le 18 décembre 1988, il a commencé à travailler en mars 1989 comme préparateur de brochettes de viande et était, à ce titre, assuré contre les accidents auprès de la [...]. Le 24 mai 1993, W. _____ a été victime d'une chute au cours de laquelle, il a subi une distorsion du genou droit avec rupture du ligament croisé antérieur et entorse du ligament latéral externe. Les suites de cet accident, de même que la rechute subie à la fin du mois d'octobre 1999, ont été couvertes par la [...]. Par décision du 23 septembre 2002, confirmée sur opposition le 24 octobre suivant, puis sur recours par l'ancien Tribunal des assurances le 1er avril 2004 (AA 41/03-17/2004), ledit assureur a accordé à W. _____ une rente d'invalidité de l'assurance- accidents correspondant à une incapacité de gain de 15 % dès le 1er avril 2002 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) calculée sur un taux de 15 pour-cent. Saisie d'une demande de prestations, l'assurance-invalidité a, par décision du 25 octobre 2005, refusé d'accorder une rente à l'intéressé, le revenu annuel d'invalidité étant, selon ses calculs, supérieur au salaire annuel sans atteinte à la santé. B. Le 1er novembre 2006, l'assuré a retrouvé un emploi en tant que "steward" à l'Ecole hôtelière de Lausanne (ci-après : l'employeur). Le travail confié à l'intéressé consistait à laver de la vaisselle à la machine, puis la ranger, à mettre en place du mobilier lors de manifestations spéciales, nettoyer les murs, les surfaces de travail, les sols, les machines et les chariots de débarrassage. Pour cette activité, l'intéressé était assuré contre les accidents auprès d'Q. _____.

- 3 - D'après les renseignements fournis par l'employeur, le contrat de travail a été résilié avec effet au 29 février 2008. Il ressort en outre du questionnaire rempli le 28 avril 2008 à l'attention de l'assurance-invalidité que le salaire annuel moyen gagné par l'assuré en 2008 aurait été de 42'003 francs pour une activité à plein temps (cf. p. 2). C. Le 1er juillet 2007, au cours d'une altercation, W. _____ a reçu un coup de poing au visage et a été poussé dans des buissons. Cette chute provoqué une plaie à la lèvre inférieure et une contusion oculaire sévère de l'oeil gauche, avec hyphéma et lacération conjonctivo- ténionienne inférieure, section du muscle droit inférieur et avulsion traumatique de la paupière inférieure. L'assuré a été incapable de travailler dès le jour de l'accident. L'assuré a été hospitalisé du 1er au 5 juillet 2007. Le CT- cérébral effectué le 1er juillet 2007 a montré une

fracture de la lame papyracée avec peumo-orbite gauche, exophtalmie gauche, épaissement du nerf optique et hyperdensité vitrénienne. Le 25 juillet 2007, un contrôle a été effectué à [...]. D'après le rapport médical établi le 17 août 2007 par le Dr P._____, l'œil gauche ne percevait pas la lumière et présentait un défaut pupillaire relatif afférent, ainsi qu'une limitation de l'abaissement du regard. L'échographie oculaire a en outre montré un décollement rétinien total. Selon un rapport du P._____ du 7 septembre 2007, il n'y avait pas d'indication chirurgicale pour le décollement rétinien, seule pouvait être effectuée une correction de l'hypertrophie de l'œil accidenté, voire, dans un deuxième temps, une intervention au niveau des paupières pour des raisons esthétiques. Un ultime contrôle a été effectué le 7 janvier 2008. Dans un rapport du 8 avril 2008, [...] (Dresse C._____) a précisé que l'œil gauche était non voyant (sans perception lumineuse) et douloureux. Les conséquences de cette atteinte oculaire sur la capacité de travail de l'assuré ont été précisées dans un rapport médical du 17 août 2007 établi par le Dr P._____, selon lequel l'assuré ne pouvait pas exercer "[...] son activité professionnelle actuelle de casserolier [...]". Le 14 - 4 - novembre suivant, le praticien notait qu'une reprise du travail était exclue "[...] jusqu'à la décision de l'AI[...]", l'assureur devant toutefois trouver, en collaboration avec l'employeur, un travail approprié aux limitations oculaires constatées. Ce point de vue a été suivi par la Dresse C._____ (rapport précité du 8 avril 2008). Dans un rapport du 30 mai 2008 signé par le Dr L._____ et la Dresse C._____, [...] a constaté une incapacité de travail totale et de durée indéterminée dans l'activité de casserolier. Seul un travail tenant compte de la monophtalmie de l'assuré et ne l'exposant pas à un environnement dangereux était adapté. Dans un rapport ultérieur (2 juin 2008), il était précisé que devaient encore être évitées les activités exercées principalement en marchant sur un terrain irrégulier, exécutées au-dessus de la tête, ou impliquant de monter sur une échelle, voire un échafaudage. Les tâches impliquant de monter et descendre des escaliers n'étaient exigibles que dans un environnement bien éclairé et adapté à la vision réduite de l'assuré. Enfin, il convenait de tenir compte d'une limitation de la capacité de concentration liée à une possible fatigue de l'œil non accidenté. Après avoir pris connaissance de l'anamnèse médicale du patient sur la base du dossier qui lui avait été soumis, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin conseil d'Q._____ a observé, dans un rapport du 21 avril 2008, que les troubles "[...] actuels [...]" avaient été causés "[...] de manière probable à certaine par l'accident du 1er juillet 2007 [...]" et que l'opération correctrice de l'hypertrophie de l'œil gauche accidenté était à la charge d'Q._____. Il a noté que l'état de la paupière n'était pas stabilisé, mais que la capacité résiduelle de travail de W._____ était totale dans une activité à faible risque de lésion oculaire. Le médecin a encore précisé que l'ancienne activité d'aide de cuisine paraissait adaptée, moyennant le port de lunettes de protection (cf. complément du 9 mai 2008). Enfin, une réadaptation professionnelle était également envisageable sur le plan de l'assurance-accidents. Dans son rapport du 15 septembre 2008, le praticien a confirmé ses observations du 21 avril 2008 en précisant que l'atteinte oculaire était durable. Il a encore

- 5 - observé que l'assuré disposait d'une [...] capacité totale dans un travail adapté, comme le reconnaissent d'ailleurs les ophtalmo (sic) et les médecins de l'AI [...]". D. Suivant l'avis de son médecin-conseil (le Dr D._____), Q._____ a, par décision du 14 mai 2008, mis fin aux indemnités journalières servies à W._____ avec effet 1er septembre 2008, le droit à des prestations pour les traitements médicaux en cours étant toutefois maintenu. W._____ s'est opposé, le 10 juin 2008, à la décision précitée. Il a requis le maintien du

versement d'indemnités journalières au-delà du 1er septembre 2008, ainsi qu'un complément d'instruction à mener sous la forme d'une expertise externe. E. Par décision du 21 novembre 2008, Q._____ a rejeté l'opposition de W._____. - D'un point de vue médical, l'assureur a retenu, sur la base des avis des Drs D._____ (médecin-conseil) et X._____ (médecin traitant), que la capacité de travail résiduelle de l'assuré était totale dans une activité adaptée. Elle a relevé que ce point de vue concordait avec celui des médecins de l'assurance-invalidité, lesquels ont tenu compte de toutes les atteintes à la santé, dont certaines, en particulier les gonalgies, ne relèvent pas de la responsabilité d'Q._____ (décision p. 5). - Pour apprécier la capacité de gain qu'aurait l'assuré dans une activité de substitution, l'assureur s'est référé aux calculs effectués par l'assurance-invalidité, lesquels prennent en compte toutes les atteintes de l'assuré (main, œil, genou). Il a ainsi retenu, pour 2008, un salaire annuel de 55'250 fr. 52, sur la base des données statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de l'office fédéral de la statistique (TA 1 niveau 4, hommes exécutant des travaux légers et

- 6 - répétitifs dans le secteur production et services), après un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations de l'assuré. Ce salaire exigible de 55'250 fr. 52 a été comparé à celui que l'intéressé aurait obtenu pour cette même année 2008 sans l'accident du 1er juillet 2007 (42'003 francs, selon le questionnaire de l'employeur rempli au mois d'avril 2008) par Q._____, qui a décidé de cesser le versement des indemnités journalières avec effet au 1er septembre 2008, en précisant ce qui suit (décision, p. 6). : "[...] dans le cas d'espèce, l'assureur a clairement fait savoir à l'assuré qu'il lui incombait de prendre toutes les mesures nécessaires pour limiter le dommage et l'a mis au bénéfice d'un délai d'adaptation suffisant pour l'exécuter (ATF 111 V 239),[...] ledit délai, arrivant à échéance en septembre 2008, aurait même pu être plus court en l'espèce puisque l'assuré était immédiatement disponible sur le marché du travail [...], [...] les calculs auxquels l'assurance invalidité a procédé démontrent à satisfaction que l'assuré ne peut faire valoir aucune perte de gain motif pris d'un changement d'occupation qui lui serait imposé en raison de son état de santé, [...], [...] l'interruption des prestations à l'échéance fixée est dès lors justifiée, [...]." F. Par recours du 9 janvier 2009, l'assuré a conclu à la réforme de la décision entreprise en ce sens que le droit aux indemnités journalières de l'assurance-accidents est maintenu au-delà du 1er septembre 2008. Subsidiairement, il a requis le versement d'une rente entière d'invalidité de l'assurance-accidents à partir du 1er septembre 2008. Plus subsidiairement encore, il a demandé l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de l'affaire à Q._____ pour qu'elle rende une nouvelle décision après avoir instruit la question de la perte de rendement dans toute activité adaptée. A l'appui de son recours, l'intéressé a contesté la capacité totale de travail que lui a reconnue l'assureur, arguant que ce dernier avait fait fi des limitations liées à la vision monoculaire et à l'aggravation des gonalgies. Au surplus, l'intéressé a estimé qu'on ne pouvait pas prendre en compte un salaire annuel de substitution de 52'225 fr. 52, motifs pris qu'il ne repose pas sur les données concrètes fournies par au moins cinq descriptions de poste de travail (ci-après : DPT).

- 7 - Répondant le 16 février 2009, Q._____ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. L'assureur a tout d'abord précisé que l'aggravation des gonalgies n'était décisive qu'au regard de l'assurance-invalidité, et que le droit aux prestations ici en cause ne pouvait être examiné qu'au vu des conséquences de l'événement assuré, soit la blessure à l'œil (mémoire p. 6). Il a ajouté que la pleine capacité résiduelle de travail constatée dans la décision entreprise reposait sur les pièces médicales produites.

Enfin, il a été précisé que l'appréciation de la capacité de gain avec atteinte à la santé respectait les exigences légales même si elle ne reposait pas sur des DPT. G. Le dossier de l'OAI a été produit le 12 mars 2009. Il contient la demande de prestations déposée par l'assuré le 22 avril 2008, ainsi que les éléments complémentaires suivants : - le rapport du Dr X. _____ du 2 juillet 2008, médecin généraliste et médecin traitant de l'assuré, qui constatait une incapacité totale de durée indéterminée dès le 1er juillet 2007, et posait les diagnostics influençant la capacité de travail de "[...]cécité de l'œil gauche après accident en juillet 2007, gonarthrose droite tricompartmentale après traumatisme du genou survenu dans les années 90, status post arthroscopie avec résection du ménisque du genou droit en 1999, status après arthroscopie et plastie du ligament croisé antérieur 2 x en 2000 [...]". Pour ce médecin, la perte totale de l'acuité visuelle à gauche et l'évolution défavorable des gonalgies (avec l'apparition de boiteries intermittentes depuis 2006 et, depuis 2008, d'une amyotrophie nette de la musculature de la jambe droite, avec un épanchement synovial du genou, associé à une bursite prérotulienne) rendait impossible l'activité d'aide de cuisine. Pour le surplus, une reconversion professionnelle paraissait difficile en raison de l'absence de formation de l'assuré. En outre, le versement "[...]d'une rente d'au moins 50 % [...]" semblait envisageable (rapport p. 2); - le rapport médical du 21 juillet 2008 du [...] signé par le Dr F. _____, constatant la présence de gonalgies sur gonarthrose et insuffisance ligamentaire à la jambe droite (atteinte principale à la santé).

- 8 - D'après ce médecin, l'activité habituelle n'était plus exigible en raison de la perte totale de l'acuité visuelle de l'oeil D (recte: gauche) et de l'atteinte ostéoarticulaire empêchant les activités en position debout prolongée telles que celle de plongeur. La capacité de travail de l'assuré demeurait cependant entière dans une activité sans station debout prolongée, sans longs déplacements sur sol irrégulier, sans montées et descentes d'escaliers ou d'échelles, sans position accroupie, sans de port de charges, et n'exigeant pas une vision stéréoscopique. Le faible niveau de formation de l'intéressé était de nature à compromettre un projet de réinsertion (cf. rapport, p. 2); - la référence à un stage d'observation professionnelle prévu pour la période du 1er au 30 septembre 2008 à l'atelier mécanique de [...], mais non accompli en raison d'une incapacité totale de travail durant cette mesure; - le projet de décision du 2 octobre 2008, dans le sens d'un rejet de la demande de prestations, qui retient, pour 2008, un salaire annuel avec invalidité de 55'250 fr. 52, calculé sur la base des données statistiques fédérales indexées jusqu'en 2008 et après un abattement de 10 % tenant compte des limitations de l'assuré, ainsi que d'un salaire annuel sans invalidité de 42'003 francs, indiqué par l'employeur le 28 avril 2008; - l'avis médical du [...] (signé par les Drs H. _____ et R. _____) du 22 janvier 2009, constatant l'incapacité totale de travail comme plongeur/aide de cuisine en raison de la gonarthrose et notant qu'une activité adaptée devait respecter les limitations fonctionnelles découlant de cette atteinte, ainsi que de la vision monoculaire; un tel travail adapté devait être défini avec l'aide des spécialistes en réadaptation. - une communication de l'OAI du 27 mai 2009 convoquant l'intéressé à un stage d'évaluation au centre [...] prévu du 27 mai au 6 juin 2009, en vue d'évaluer le droit à d'éventuelles prestations de

- 9 - l'assurance-invalidité après examen de la capacité de travail de l'assuré et de ses aptitudes à la réadaptation professionnelle. La décision finale de l'assurance-invalidité a fait l'objet d'un recours intenté séparément (CASSO, AI 390/09-210/2011). H. Le dossier de la [...] a été produit le 10 mars 2009. Il contient notamment la communication du 19 juin 2006, par laquelle la [...] a fait savoir à l'accusé que sa rente LAA était maintenue sans

modification (pour les suites de l'accident de 1993). E n d r o i t : 1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mai 1981 sur l'assurance-accidents]; RS 832.201). 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. 58 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le recours de W. _____, interjeté en temps utile - compte tenu de la date de notification de la décision (24 novembre 2008), et des fêtes judiciaires de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 2 LPGA) - auprès du tribunal compétent eu égard au domicile du recourant à Lausanne, et satisfaisant aux autres conditions de forme posées par la loi, est donc 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

- 10 - 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 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2.1). b) Tel est bien le cas en l'espèce. En effet, le recourant a conclu, à titre subsidiaire, à ce que lui soit versée une rente entière de l'assurance-accidents dès le 1er septembre 2008, alors que la décision attaquée n'a pour objet que la fin du versement des indemnités journalières. En application de la jurisprudence fédérale citée, l'autorité de céans se bornera donc à examiner le bien-fondé de la conclusion principale en réforme (tendant au maintien du droit aux indemnités journalières de l'assurance-accidents au-delà du 1er septembre 2008), et de la conclusion subsidiaire en annulation et renvoi. 3. a) Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit 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). b) En l'espèce, le principe du droit aux prestations (art. 6 LAA) n'est pas remis en cause. Seule est litigieuse l'extinction du droit aux indemnités journalières de l'assurance-accidents avec effet au 1er septembre 2008 constatée par la décision attaquée, l'intéressé soutenant qu'il n'a toujours pas recouvré sa capacité de travail. 4. D'après l'art. 6 LPGA est réputée incapacité de travail 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,

- 11 - l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage; ATF 129 V 460 consid. 4.2 p. 463). 5. a) Q. _____ retient, avec l'assurance-invalidité qui se fonde notamment sur les constatations des médecins du SMR (Drs F. _____, H. _____ et R. _____, qu'en

dépit des restrictions ostéoarticulaires et oculaires de l'assuré, une activité légère et répétitive dans le secteur industriel peut encore être exercée. Elle constate donc, en bref, que l'intéressé est en mesure de mettre à profit sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée de substitution. Le recourant conteste cette analyse. En invoquant les constatations faites par [...] -dont il ne cite toutefois aucun avis médical précis-, il affirme ne pas pouvoir reprendre son ancien travail d'aide de cuisine, ou de steward, ni exercer aucune "autre activité adaptée". b) D'après la jurisprudence, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V 134 consid. 2). L'assureur social -et le juge des assurances sociales en cas de recours- doivent 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

- 12 - 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 125 V 351, consid. 3a, et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1; TF, 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee, et les références citées; TF, 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3). Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 1061 consid. 3b/bb et cc). c) En l'espèce, le médecin-conseil de l'assureur (le Dr D. _____) s'est déterminé sur la base d'un dossier prenant en compte l'anamnèse médicale de l'assuré. Par avis des 21 avril, 9 mai et 12 septembre 2008, ledit praticien a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était totale dans une activité adaptée. Dans son dernier rapport, il se référait en outre aux conclusions des médecins de l'assurance- invalidité. Or le SMR (Dr F. _____) constatait, le 21 juillet 2008, que si

- 13 - l'assuré souffrait de gonalgies sur gonarthrose, et d'insuffisance ligamentaire à la jambe droite (atteinte principale à la santé au moment du rapport), sa capacité de travail demeurait entière dans une activité sans station debout prolongée, sans longs déplacements sur sol irrégulier, sans montées et descentes d'escaliers ou d'échelles, sans position accroupie, sans port de charges et n'exigeant pas une vision stéréoscopique. L'avis du Dr

X. _____ (2 juillet 2008) n'est pas en contradiction avec ce qui précède. Ce praticien a constaté que la perte totale de l'acuité visuelle à gauche et l'évolution défavorable des gonalgies (avec l'apparition de boiteries intermittentes depuis 2006 et, depuis 2008, d'une amyotrophie nette de la musculature de la jambe gauche, avec un épanchement synovial du genou, associé à une bursite prérotulienne) rendaient impossible l'activité d'aide de cuisine. Il appert ainsi que l'analyse effectuée par l'autorité intimée considère l'ensemble des constatations médicales figurant au dossier. Ces conclusions figurent dans des rapports médicaux récents qui tiennent compte de l'anamnèse médicale du patient, comme de l'ensemble de ses atteintes (main, œil, genou). Ils se complètent et sont dénués de contradictions internes. Ils répondent de manière claire et complète à la question déterminante pour le sort du litige : il en ressort que la capacité de travail de l'assuré est totale dans une activité légère et adaptée à ses limitations. L'assureur était donc légitimé à se fonder sur de telles bases pour constater, comme il l'a fait dans la décision entreprise, l'existence d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Au demeurant, la fin de l'incapacité de travail peut être fixée au 1er juin 2008, compte tenu des dates d'élaboration des rapports médicaux déterminants (avril, juin, juillet et septembre 2008). d) L'assureur fait valoir que seules les conséquences de l'atteinte oculaire auraient dû être considérées (ATF 119 V 337) pour examiner la capacité de travail de l'assuré. Peu importe, toutefois. En effet, si l'on se réfère aux pièces médicales probantes évoquées ci-dessus,

- 14 - la prise en compte des seules limitations entraînées par l'atteinte oculaire confirmerait que l'intéressé a recouvré, dès la période indiquée ci-dessus, sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Point n'est ainsi besoin de trancher la question de savoir si les gonalgies en tant qu'elles seraient encore la conséquence des accidents de 1993 et 1999, doivent aussi être prises en considération, ou si, comme l'assureur le soutient, seules les conséquences de l'atteinte oculaire causée par l'accident du 1er juillet 2007 entrent en ligne de compte. Dans les deux hypothèses le recourant a recouvré dès le mois de juin 2008, sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée. e) Vu ce qui précède, et dès lors que l'intéressé était incapable de travailler dans son ancienne profession depuis le 1er juillet 2007 (jour de l'accident assuré) le plein exercice d'une activité de substitution était raisonnablement exigible (art. 6 LPGA in fine), en vertu de l'obligation de diminuer le dommage (cf. supra, ATF 129 V 460). 6. a) Cela étant, il faut encore se demander s'il pouvait être exigé du recourant qu'il reprenne en plein dans une activité adaptée dès le 1er septembre 2008, et si l'assureur était en droit de cesser le versement des indemnités journalières litigieuses à partir de ladite date. D'après la jurisprudence, si une activité de substitution est exigible, un laps de temps suffisant compris entre trois et cinq mois doit alors être imparti à l'assuré pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé. A l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'ici et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession. La perte de gain chiffrée en pour-cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle (ATF 114 V 281 consid. 3c cité in TF 8C_861/2008 du 7 juillet 2009, consid. 3).

- 15 - b.a) In casu, le recourant est pleinement capable de travailler dans une activité adaptée dès le 1er juin 2008, (cf. supra, consid. 5 in fine), selon les pièces médicales probantes au dossier. Cela étant, il est conforme à la jurisprudence de retenir -comme l'a fait l'autorité

intimée- le 1er septembre 2008 comme échéance du délai d'adaptation. b.b) Pour la période postérieure au 1er septembre 2008, le maintien du droit aux indemnités journalières dépend de l'existence d'une perte de gain imputable au risque assuré (cette perte de gain chiffrée en pour-cent, donne le taux d'incapacité de travail résiduelle; ATF 114 V 281 consid. 3c cité in TF 8C_861/2008 du 7 juillet 2009, consid. 3, op. cit.). En l'espèce, si l'on se réfère aux chiffres retenus par l'assureur, on constate que le revenu qui pourrait être raisonnablement réalisé dans la nouvelle profession (55'250 fr. 52) est supérieur à celui que l'intéressé recevait avant la survenance de l'événement assuré (à savoir, 42'003 fr. pour 2008, selon l'attestation de l'employeur du 28 avril 2008). Dans ces conditions, et comme le relève à juste titre Q._____, l'assuré [...] ne peut faire valoir aucune perte de gain motif pris d'un changement d'occupation qui lui serait imposé en raison de son état de santé [...]. On peut donc en déduire que son incapacité résiduelle de travail était nulle dès le 1er septembre 2008 (ATF 114 V 281 consid. 3c in TF 8C_861/2008 du 7 juillet 2009, consid. 3, op. cit.), ce qui a entraîné l'extinction du droit aux indemnités journalières dès ladite date (art. 16 al. 2 LAA). c) Vu ce qui précède, la décision attaquée respecte le droit fédéral et il convient de rejeter, car dénués de pertinence, les arguments du recourant censés remettre en cause le salaire exigible retenu par l'autorité intimée. En effet, d'après la jurisprudence, la capacité de gain subsistant en dépit de l'atteinte à la santé se fonde sur les données statistiques de l'ESS tant pour l'assurance-accidents que pour l'assurance- invalidité. En outre, le recours aux DPT constitue une exception et n'est admis que de manière restrictive (ATF 129 V 472). En l'absence de DPT suffisamment représentatives, on se réfère aux données statistiques fédérales (TF, U 301/05 du 11 mai 2006). Enfin, il conforme à la

- 16 - jurisprudence constante d'estimer le revenu qui pourrait être raisonnablement réalisé malgré l'atteinte à la santé sur la base des données statistiques fédérales lorsque, comme en l'espèce, l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, ni aucune autre activité raisonnablement exigible (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb, par analogie). Au demeurant, la perte de rendement a été prise en considération, puisque le salaire que l'intéressé pourrait raisonnablement obtenir dans l'activité de substitution a été fixé avec un abattement de 10 % pour tenir compte de ses limitations (cf. supra, p.7). 7. En définitive, la conclusion principale en réforme est mal fondée et doit être rejetée. En outre, dès lors que l'autorité de céans a été en mesure de statuer sur la base du dossier, il ne se justifie pas de renvoyer l'affaire à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il convient donc de rejeter également la conclusion subsidiaire en nullité, et avec elle, l'entier du recours, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise. 8. Vu le sort du litige, le présent jugement doit être rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA) ni dépens (ATF 126 V 143). 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 21 novembre 2008 par Q._____ est confirmée. III. Le présent arrêt est rendu sans frais, ni dépens.

- 17 - Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Eduardo Redondo (pour le recourant), - Q._____, à Lausanne, - Office fédéral de la santé publique, à Berne, 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 :

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