

VD_GERICHTE ZA11.025226 vom 20. Dezember 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA11.025226

FR: VD_GERICHTE ZA11.025226 du 20 décembre 2012

IT: VD_GERICHTE ZA11.025226 del 20 dicembre 2012

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours 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]).

- 39 - 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

- 40 - 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,

- 41 - 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 1er 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

- 42 - 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

- 43 - 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 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine

valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En outre, en matière d'assurances sociales, s'agissant de l'appréciation des renseignements d'ordre médical, la jurisprudence fédérale attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par les experts, et/ou substituer son avis à celui exprimé par ces spécialistes dont c'est précisément le rôle de mettre leurs connaissances particulières au service de la justice pour qualifier un état de fait déterminé (VSI 2000 p. 152 et les références citées). Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent toutefois être admises avec réserve pour tenir compte du fait que, de par la position de confidentes 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 ; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008 ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier

- 44 - 2010, consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

E. 6

a) En l'occurrence, lors de son accident du 13 avril 2003, l'assuré a été blessé à la jambe gauche et il n'est pas contestable ni d'ailleurs contesté que la problématique de cette jambe est en relation de causalité naturelle et adéquate avec cet accident. La recourante soutient qu'il en va de même des douleurs dorsales et des problèmes psychiques rencontrés par l'assuré. aa) S'agissant des douleurs dorsales, la Cour de céans remarque que jusqu'au 23 décembre 2005, il n'est fait état de telles douleurs dans aucun rapport. En particulier, dans le rapport de la Clinique C. _____ du 15 avril 2005, il n'en est fait aucune mention alors que l'assuré a séjourné dans cet établissement durant près d'un mois au printemps 2005. Les douleurs dorsales ne sont mentionnées pour la première fois que le 23 décembre 2005 par le Dr T. _____. On relèvera cependant qu'auparavant, l'assuré avait prévenu l'assurance par téléphone d'une chute survenue le 27 novembre 2005 et par un nouveau téléphone du 5 décembre 2005 qu'il s'était complètement "démonté" le dos et les cervicales. Le Dr T. _____ a évoqué ensuite une exacerbation de la symptomatologie suite à cette chute dans sa réponse au courrier de l'assurance daté du 4 janvier 2006. Dans son rapport du 22 avril 2006, le Dr J. _____, consulté en raison des douleurs de l'assuré, ne mentionne que des douleurs au MIG et aucune au niveau du dos. En mai 2007, le Dr B. _____, dans le cadre de son expertise ne pose aucun diagnostic de lombalgies. Le status neurologique est

- 45 - considéré comme normal. Ce n'est qu'au début 2008, soit près de cinq ans après l'accident, qu'une hernie discale est diagnostiquée comme cela résulte de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR daté du 17 mars 2008. Certes, dans son rapport du

28 février 2008, le Dr H. _____ écrit que des lombosciatalgies se sont développées environ un an après l'accident. Cette assertion est en contradiction avec les autres rapports médicaux au dossier puisqu'aucun de ceux-ci ne mentionne de lombosciatalgies avant fin 2005. Elle ne sera donc pas retenue. Dans son rapport du 15 juillet 2008, le Dr P. _____ fait état d'un disque dégénératif qui n'est donc pas en relation de causalité avec l'accident. Il mentionne aussi une hernie discale. Toutefois, d'après la jurisprudence, selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail (cf. notamment TF 8C_1003/2010 et les références citées). Or tel n'est pas le cas en l'espèce. Ainsi, compte tenu non seulement des différents rapports médicaux mais aussi de l'écoulement du temps entre l'accident et l'émergence des maux de dos, on doit considérer que ceux-ci ne sont pas en relation de causalité avec l'accident de 2003. ab) En ce qui concerne les troubles psychiques, le rapport de la Clinique C. _____ du 15 avril 2005 ne fait mention d'aucune atteinte de cette nature, le status psychiatrique étant dans la norme. Aucune autre atteinte psychiatrique n'est documentée ou même évoquée jusqu'au 22 janvier 2008 où la Dresse S. _____ pose dans son rapport un diagnostic

- 46 - d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique existant depuis début 2007. Selon ce médecin, la séparation de l'assuré d'avec sa compagne au printemps 2007 a aggravé une symptomatologie dépressive déjà présente. Ce rapport paraît contradictoire en ce sens qu'il fait remonter l'épisode dépressif à début 2007 tout en indiquant qu'il existait déjà auparavant. Ceci étant, le rapport de la Clinique C. _____ nie l'existence d'un trouble psychiatrique limitant la capacité de travail. En outre, le laps de temps séparant l'accident de la naissance des troubles psychiatriques allégués permet de nier l'existence d'un lien de causalité naturelle entre ces troubles et l'accident de 2003. ac) Il résulte ainsi de ce qui précède qu'il n'y a pas de lien de causalité entre l'accident et les douleurs dorsales ainsi que les troubles psychiques présentés par l'assuré. b) S'agissant de la détermination du taux de capacité de travail, il est acquis que cette capacité de travail est nulle dans la profession habituelle de cafetier-restaurateur. Reste ainsi seule ouverte la question de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Le Dr Z. _____, dans son rapport du 28 décembre 2004, ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il en va de même de la Clinique C. _____ dans son rapport du 15 avril 2005. Dans son expertise du 28 novembre 2005, le Dr E. _____ estime que la capacité de travail dans une activité adaptée soit une activité qui privilégie la position assise en permettant les changements de position et de 50% voire de 75% immédiatement. Il précise que selon lui une capacité de travail de 75% paraît être le taux maximum envisageable et exigible. Le Dr B. _____, dans un premier temps (rapport du 16 mai 2007) ne s'est pas prononcé sur l'étendue de la capacité de travail. Il était alors mandaté par B. _____ SA. Il a toutefois indiqué que l'assuré pourrait théoriquement reprendre une activité professionnelle dans une position

- 47 - semi-assise permettant de se déplacer librement sans efforts à fournir ni port de charges. En novembre 2007, à la demande de l'assurance, ce praticien a précisé dans un rapport complémentaire que dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assuré était totale. Toutefois, ce rapport a été adressé au médecin-conseil de l'assurance qui n'est autre que son associé. Compte tenu des liens de l'expert avec le médecin conseil de l'assurance, il ne sera pas retenu. Dans leur rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du 17 mars 2008, les Drs R. _____ et I. _____ ont déterminé une capacité de travail complète sur le plan psychiatrique mais de 50% sur le plan somatique. Ils ont tenu compte de l'ensemble des troubles somatiques de l'assuré, soit y compris les maux de dos qui ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'accident. L'expertise du Dr E. _____ de novembre 2005 se fonde sur un examen clinique ; elle comprend une anamnèse et décrit les rapports médicaux antérieurs. Les plaintes de l'assuré sont exposées. Les conclusions du rapport sont bien motivées et convaincantes de sorte que l'on peut les suivre et retenir que du fait des lésions subies à la jambe gauche, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était de 75%.

E. 7

a) Selon 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. b) En l'occurrence, la recourante soutient que le point de départ doit être fixé au jour de l'accident puisqu'on devrait admettre que l'état de santé de l'assuré a été stabilisé ce jour-là, dans la mesure où ce

- 48 - dernier n'a jamais été en mesure de reprendre une quelconque activité et qu'il n'y a eu aucune amélioration de son état de santé. Dans la décision sur opposition du 17 juin 2011, l'assurance a indiqué que dans son complément d'expertise du 5 novembre 2007, le Dr B. _____ avait précisé que l'état de santé de l'assuré était probablement stabilisé depuis que le Dr E. _____ l'avait spécifiquement précisé dans son expertise médicale du 28 novembre 2005. Toutefois, dans son expertise de novembre 2005, le Dr E. _____ évoque la possibilité d'une intervention au printemps 2006 en l'absence de toute amélioration de la mobilité du genou gauche. Ainsi, dans sa duplique du 11 octobre 2011, l'intimée explique que la date du 1er mars 2006 a été retenue en raison de l'éventuelle intervention évoquée par le Dr E. _____, intervention qui finalement n'a pas eu lieu. Quant au SMR, il estime dans son rapport du 17 mars 2008 que l'activité est exigible depuis novembre 2005. Ainsi, plusieurs médecins ont considéré à tour de rôle et de manière concordante que l'état de santé de l'assuré était stabilisé depuis novembre 2005. Il n'y a pas lieu de s'écarter de ces avis ceci d'autant plus que l'opération évoquée ne s'est finalement pas réalisée. Un éventuel droit à la rente naît donc dès novembre 2005, date à laquelle l'état de santé de l'assuré était stabilisé.

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, 2ème éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 165 p. 898). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible

- 49 - 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'invalidé, 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

- 50 - 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'invalidé 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'invalidé, 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

- 51 - 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 :

- 52 - "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, 2ème 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

- 53 - 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).

- 54 - 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).

- 55 - 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 1er 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. 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%

- 56 - En définitive, l'assuré avait droit à l'octroi d'une demi-rente dès le 1er 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.

E. 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

- 57 - 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%.

E. 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 1er 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).

- 58 -