

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 octobre 2011

---

Présidence de       Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :       Mme Thalmann et M. Dind  
Greffière     :       Mme     Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, aux Monts-de-Pully, recourant, représenté par Me Jacques Micheli, avocat à Lausanne,

et

**C.**\_\_\_\_\_, à Bâle, intimée, représentée par Me Christian Grosjean, avocat à Genève.

---

**Art. 6, 18, 24 et 25 LAA; art. 28 al. 4 et 36 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), ressortissant italien né en 1945, titulaire d'une autorisation d'établissement, sommelier de formation, marié et père de deux enfants aujourd'hui majeurs, dirigeait le café-restaurant de B.\_\_\_\_\_, à [...], en tant que restaurateur et associé-gérant avec signature individuelle de la société L.\_\_\_\_\_ Sàrl. A ce titre, il était assuré en cas d'accidents professionnels et non professionnels selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20) auprès de la C.\_\_\_\_\_ Assurances (ci-après : la C.\_\_\_\_\_).

**b)** En date du 19 octobre 2003, alors qu'il effectuait un vol en avion ultra-léger motorisé [ULM] en France, l'assuré a vu son appareil s'écraser au sol d'une hauteur de 4 à 5 mètres à la suite d'une mauvaise manœuvre d'atterrissage. Blessé à l'avant-bras droit et à la colonne vertébrale, l'intéressé a tout d'abord été soigné en France, avant d'être transféré au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_) le 21 octobre 2003, pour y être hospitalisé jusqu'au 31 octobre suivant.

**c)** Suite à son accident du 19 octobre 2003, l'assuré a présenté des incapacités de travail alternant entre 100%, 75% et 50% jusqu'à la mi-mars 2005, période à partir de laquelle son incapacité de travail est devenue totale. Il a cédé son restaurant à la fin décembre 2007 ou au 1<sup>er</sup> janvier 2008 (suivant les versions) et n'a plus repris d'activité lucrative par la suite.

**B.**           **a)** Par déclaration d'accident LAA du 22 octobre 2003, l'assuré a annoncé l'événement précité à la C.\_\_\_\_\_, laquelle a pris en charge le cas et alloué les prestations légales.

**b)** Dans un rapport médical initial LAA du 10 novembre 2003, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin assistant au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_, a

diagnostiqué une fracture type Burst de L1 ainsi que des contusions au poignet droit. Il a signalé l'absence de troubles périphériques du point de vue neurologique. Il a précisé que la fracture Burst L1 avait été traitée par réduction et spondylodèse postérieure D12-L2, greffe trans-pédiculaire de L1 et prélèvement de greffe à la crête iliaque postérieure droite. L'assuré avait en outre bénéficié d'un traitement conservateur pour son poignet droit.

Par compte-rendu du 1<sup>er</sup> mars 2004, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a fait état d'une neuropathie compressive du tronc médian au passage du poignet droit, avec disparition de la réponse sensitive et net allongement de la latence motrice distale. S'agissant du tronc cubital, il a observé un discret ralentissement des vitesses de conduction au passage du coude, mais de façon non significative. Il a mentionné l'absence d'élément en faveur d'une souffrance d'origine radiculaire ou plexulaire.

Par rapport médical intermédiaire du 19 novembre 2004, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu les diagnostics de fracture Burst de L1 et d'arthrose radio-carpienne et probable syndrome du tunnel carpien. Il a mentionné qu'aucun dommage permanent n'était à craindre. Le 9 février 2005, il a précisé son diagnostic, indiquant des dorso-lombalgies séquellaires après fracture Burst de L1 traitée par spondylodèse.

L'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été effectuée le 22 mars 2005. Divers documents médicaux ont été versés au dossier à la suite de cette intervention. En particulier, aux termes d'un rapport du 5 juillet 2005, le Dr D.\_\_\_\_\_, du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de status post fracture type Burst de L1, tout en exposant que l'assuré souffrait de lombalgies chroniques post-traumatiques ainsi que de douleurs mécaniques du poignet droit, que les premières étaient en rapport de causalité avec l'accident du 19 octobre 2003, que le pronostic était réservé, et que la capacité de travail était nulle.

Mandaté par la C.\_\_\_\_\_, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a examiné l'assuré en date du 23 septembre 2005. Dans son rapport d'expertise du 17 octobre suivant, il a posé les diagnostics suivants :

"Status deux ans après fracture par tassement du plateau supérieur de L1 avec déplacements de mm du mur postéro-supérieur. Traitement par réduction, spondylodèse postérieure D12-L2, greffe transpédiculaire de L1 avec os prélevé sur l'aile iliaque droite.

Ablation du matériel d'ostéosynthèse (22 mars 05) sans complication, minime angulation cyphotique (5°) de D12 sur L1.

Contusion du poignet droit avec décompensation d'une arthrose radio-carpienne (déjà opérée en 1986 par prothèse du trapèze), ce qui a provoqué une compression du nerf médian droit au tunnel carpien.

Spondylose étagée du rachis dorsal, spondylarthrose étagée lombosacrée, probable arthrose sacro-iliaque droite, coxarthrose à prédominance droite assez modérée.

Probable ostéoporose à investiguer (corps de L3 et L4, ailes iliaques).

Diabète non insulino-dépendant mal équilibré, avec polyneuropathie encore peu évolutive.

Hyperlipidémie non traitée.

Excès pondéral."

S'agissant du lien de causalité avec l'accident du 19 octobre 2003, l'expert a exposé que la fracture de L1 était partiellement responsable des lombalgies, mais que l'aggravation des douleurs par l'ablation du matériel d'ostéosynthèse évoquait une spondylarthrose et probablement une ostéoporose évolutive devant être investiguée. Quant à l'arthrose radio-carpienne, elle résultait en majeure partie d'une arthrose ancienne. Cela étant, il a considéré que les facteurs non traumatiques représentaient 75% des perturbations de l'état de santé actuel de l'assuré. Il a retenu que les séquelles de l'accident du 19 octobre 2003 justifiaient une capacité de travail d'environ 75%, et que l'intéressé était en mesure de continuer son emploi habituel entre 80% et 90%, voire même de travailler à 100% dans une activité adaptée par exemple assise ou légère.

Enfin, il a indiqué que l'atteinte à l'intégrité s'élevait à 10% pour la fracture de L1 et à 2,5% pour la contusion du poignet droit, soit à 12,5% en tout.

Dans un certificat médical du 30 janvier 2006, le Dr D. \_\_\_\_\_ a exposé que l'accident du 19 octobre 2003 avait occasionné une fracture vertébrale avec une importante discopathie D12-L1 et des troubles dégénératifs étagés, qu'un accident antérieur au poignet droit avait engendré une importante arthrose radio-carpienne droite, et que ces deux événements étaient directement liés à l'incapacité de travail actuelle. Par ailleurs, il a signalé que cette incapacité comportait également des causes non traumatiques, se traduisant par des signes cliniques en faveur d'une surcharge émotionnelle, voire d'une dépression réactionnelle en lien avec les atteintes somatiques. Il a ajouté que l'état de santé demeurait stationnaire. Cela étant, il a estimé que l'activité habituelle de l'assuré n'était pas compatible avec les troubles constatés au niveau du poignet droit et de la colonne vertébrale.

Dans un rapport du 8 mars 2006, le Prof. H. \_\_\_\_\_ du Service de neurologie du Centre hospitalier N. \_\_\_\_\_, a notamment écarté une éventuelle dysfonction du tunnel carpien, tout en considérant que l'assuré était *«surtout gêné par les conséquences de son grave accident du 19 octobre 2003 pour le côté dorsolombaire et surtout pour la manipulation des objets avec la main droite, ceci pour son travail en cuisine»*, et qu'il présentait une incapacité de travail totale dans toute activité.

**c)** Par décision du 17 juillet 2006, la C. \_\_\_\_\_ a mis un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2005. Elle a par ailleurs mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité de 38% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2005, ainsi que d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12,5%.

Par l'entremise de son conseil, l'assuré s'est opposé à cette décision par acte du 23 août 2006, complété le 6 septembre suivant.

Par décision du 1<sup>er</sup> novembre 2006, la C.\_\_\_\_\_ a annulé son prononcé du 17 juillet 2006 et repris l'instruction de l'affaire.

**d)** En date du 23 mai 2007, l'assuré a été opéré à la Clinique [...] pour une décompression du nerf médian au poignet droit, suite à un syndrome du tunnel carpien droit.

**e)** A la requête de la C.\_\_\_\_\_, les Dresses S.\_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne au Bureau [...] [[...]]) et M.\_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive et chirurgie de la main) ont reçu l'assuré à leur consultation les 25 janvier et 1<sup>er</sup> février 2008. Dans leur rapport d'expertise du 10 mars suivant, elles ont notamment fait état de ce qui suit :

#### **"4. DIAGNOSTIC**

##### **Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail**

:

- SPONDYLODISCARTH[R]OSE EVOLUTIVE APRES FRACTURE-[T]ASSEMENT TRAUMATIQUE DE L1 (OCTOBRE 2003) SPONDYLODESEE, AGGRAVEE DEPUIS L'ABLATION DU MATERIEL D'OSTEOSYNTHESE (2005) SANS MYELOPATHIE, NI RADICOLPATHIE - **M.47.8**
- ARTHROSE DU POIGNET DROIT - **M 19.1**
- SILICONITE DU POIGNET DROIT - **M 65.8**
- STATUS APRES REMPLACEMENT DU POLE PROXIMAL DU SCAPHOIDE DROIT PAR UNE DEMI-PROTHESE DE SILASTIC POUR PSEUDARTHROSE DU SCAPHOIDE EN 1986
- STATUS APRES NEUROLYSE DU MEDIAN DANS LE TUNNEL CARPIEN DROIT EN 2007

##### **Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail ?**

- ADENO CARCINOME PROSTATIQUE MOYENNEMENT DIFFERENCIE SANS SIGNE DE DISSEMINATION
- OBESITE
- DIABETE DE TYPE II AVEC DISCRETE POLYNEUROPATHIE DES MEMBRES INFERIEURS
- KYSTE RADIOPALMAIRE DU POIGNET GAUCHE

##### **Depuis quand sont-ils présents?**

Prise en charge médicale depuis 2003 pour le diabète. Le cancer de prostate vient d'être découvert (janvier 2008) à la faveur d'un taux de PSA élevé. Il est confirmé par une biopsie positive. Une intervention est prévue prochainement au Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_.

##### **Appréciation du cas et pronostic**

[...]

### **En ce qui concerne son rachis**

[...]

L'examen des radiographies depuis 2003 montre une aggravation depuis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, En effet depuis lors il existe d'une part un net affaissement discal en D12-L1 et L1-L2. La présence du matériel permettait une ouverture de l'espace discal. D'autre part, depuis lors il existe une aggravation de la spondylose. Alors modeste, banale pour l'âge, et asymptomatique avant l'accident, comme cela est souvent le cas, les ostéophytes ont évolué, et prennent les caractéristiques d'ostéophytes d'instabilité [...] avec un départ horizontal en L3 et L4. Il n'y a pas de franc signe de glissement vertébral. L'on a plutôt affaire à des phénomènes de micro-instabilité avec description d'un arc douloureux lors d'une secousse, d'un bref mouvement d'antéimpulsion-redressement. [...]

[...]

Dès lors, au plan rachidien, la capacité de travail dans l'activité de restaurateur-cuisinier indépendant nous paraît nulle depuis 2005. M. W. \_\_\_\_\_ mentionne que l'activité était surtout physique et que son travail administratif ne dépassait pas 20% de son temps de travail. [...]

Dans une activité sans port de charge répétitive supérieure à 5 kg et occasionnelle à 10kg, avec alternances des positions assise et debout, principalement assise, sans piétinement, la capacité résiduelle est exigible à 70% pour permettre des périodes de récupération.

[...]

### **En ce qui concerne sa main droite**

[L'assuré] a vraisemblablement eu une fracture du scaphoïde du poignet droit aux environs de 1967 en jouant au football, non traitée. L'apparition, quelques années plus tard, de douleurs intermittentes au poignet droit ont fait poser le diagnostic, en 1986, de pseudarthrose du scaphoïde. Le Professeur L. \_\_\_\_\_ a remplacé la partie proximale du scaphoïde droit par une demi-prothèse en Silastic et l'évolution a été favorable, le poignet étant habituellement indolore mis à part quelques épisodes de douleurs pendant quelques jours lors de changement de temps ou de mouvements de rotation contre résistance. Une certaine limitation de l'extension du poignet était peu gênante.

[...]

[D]epuis l'accident [du 19 octobre 2003], les douleurs du poignet qui étaient assez rares auparavant deviennent progressivement constantes et gênantes. Des radiographies ont montré une arthrose radio-carpienne [...].

[...]

Nous constatons après examen des radiographies, qu'après la mise en place de l'hémi-prothèse du scaphoïde pour pseudarthrose à droite, il s'est développé une siliconite du poignet avec des signes d'arthrose localisée radio-scaphoïdienne. [...]

[...]

[E]n l'absence du traumatisme du 19.10.2003, l'atteinte préexistante du poignet droit, sous la forme d'une arthrose et d'une siliconite, et qui était cliniquement silencieuse et stable depuis 17 ans, ne se serait vraisemblablement pas dégradée de façon notable ultérieurement.

En revanche, le traumatisme violent du poignet droit a provoqué une décompensation de l'arthrose préexistante, qui est devenue symptomatique, quoique peu évolutive sur le plan radiologique.

En conséquence, les activités de force avec le poignet droit ne sont plus possibles, l'activité de cuisinier est nulle, seules des activités de type administratif sont possibles.

[...]

### **QUESTIONNAIRE SPECIFIQUE A LA C. \_\_\_\_\_**

[...]

#### **5. Causalité naturelle [...]**

5.1 Lesquelles de vos constatations sont pour le moins partiellement en relation de causalité probable avec l'accident du 19 octobre 2003 ?

##### **Pour le rachis**

L[...]état antérieur était celui d'un rachis avec quelques atteintes dégénératives banales pour l'âge de l'assuré qui n'en n'avait pas de symptômes. Il travaillait, faisait du sport, du pilotage, de l'ULM sans difficulté. Nous ne pouvons attribuer un rôle prioritaire à ces lésions sans doute préexistantes mais banales pour l'âge, que l'on observe dans la population normale, et qui étaient muettes.

La fracture de L1 était d'une certaine gravité. Avant la spondylodèse et la greffe, son angulation était de 22°. L'intervention a permis de réduire cette cunéiformisation d'une dizaine de degré et le résultat au plan de la statique était bon avec une bonne "distraktion" de l'espace discal. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse a eu des suites simples. Toutefois le patient signale avoir eu plus de douleurs depuis lors. Son impotence fonctionnelle a été marquée. Elle correspond d'une part à un affaissement net des espaces discaux aux niveaux initialement spondylodésés, avec fusion antérieure ostéophytaire en D12 et L1 et d'autre part à une évolution des ostéophytes des espaces sous-jacents, que l'on peut admettre comme significative, car l'arthrose initiale du patient n'était pas si marquée. On peut estimer que son potentiel évolutif est indéniablement conditionné par les séquelles traumatiques.

Dès lors l'état antérieur s'il joue un rôle, doit être admis comme mineur, de l'ordre de 25%.

La causalité de l'accident atteint 75%.

### **Pour le poignet :**

Les douleurs et la limitation de la mobilité du poignet droit sont partiellement en relation de causalité probable avec l'accident du 19.10.2003, car il a décompensé un état antérieur qui était auparavant très peu symptomatique et n'avait pas d'influence sur la capacité de travail.

5.2 Pour autant qu 'il subsiste des séquelles en relation de causalité probable avec l'accident du 19 octobre 2003, l'état de santé est-il également influencé par des maladies ? Cas échéant, lesquels sont-ils et degré (%) de l'influence ?

Pour le rachis l'état maladif compte pour 25% comme détaillé plus haut.

Pour le poignet [l]'état de santé est également influencé par un état préexistant consistant en une arthrose radio-carpienne et une siliconite du poignet droit. L'influence de ces deux pathologies préexistantes peut être estimée à 50% de l'atteinte actuelle du poignet.

5.3 L'accident du 19 octobre 2003 a-t-il décompensé un état antérieur au sens du point 5.2 ? Statu quo ante ou sine rétabli?

**Pour le rachis**, on ne peut plus parler de statu quo puisqu'il y a eu opération rachidienne. Le statu quo ne sera jamais rétabli.

**Pour le poignet**, oui, l'accident du 19.10.2003 a décompensé durablement un état antérieur, et le statu quo ante ou sine n'est pas rétabli.

## **6. Capacité de travail**

Comment appréciez-vous la capacité de travail en relation avec les séquelles de l'accident du 19 octobre 2003 ?

### **Pour le rachis**

**Capacité dans le travail antérieur** : 20%, sous réserve qu'il y avait bel et bien 20% d'activité administrative.

**Capacité dans un travail adapté** : 75% [recte : 70% selon un courrier rectificatif du 30 octobre 2008 de la Dresse S. \_\_\_\_\_]

### **Pour le poignet**

**Capacité dans le travail antérieur de cuisinier** : 0%

**Capacité dans un travail adapté** : 100%

6.1 Dans quelle mesure (heures par jour) et avec quel rendement l'assuré est-il apte à exercer son activité de restaurateur ?

**Pour le rachis et le poignet**, il ne peut plus faire que du travail léger, de l'administratif évalué à 20% selon le descriptif du travail antérieur décrit par l'assuré mais non chiffré officiellement.

Dans la mesure où son activité de restaurateur implique l'activité uniquement de cuisinier, l'assuré est inapte à l'exercer.

6.1.1 Des limitations, en raison des séquelles de l'accident, influencent-elles l'activité professionnelle de l'assuré ? Oui.

6.1.2 Le [c]as échéant quelles sont-elles ?

**Pour le rachis**

La position essentiellement debout est contre-indiquée, ainsi que le port de charge, les porte-à-faux, la marche sur sol glissant, la nécessité de travailler en hauteur, de prendre des objets en dessous de l'horizontale...

**Pour le poignet**

La perte de force, les douleurs et la limitation de la mobilité du poignet l'empêchent de soulever et de manipuler des objets de plus d'un kg, en particulier dans les mouvements d'abduction-adduction du poignet, comme c'est le cas dans l'usage d'une poêle. Le soulèvement et le port de charges répétés en position de rectitude du poignet sont limités à 2 ou 3 kg. Les mouvements répétés du poignet sont limités.

6.1.3 Au vu des limitations, dans quelle mesure (heures par jour) et avec quel rendement l'assuré pourrait-il exercer une autre activité, par exemple une activité assise ou légère ?

**Pour le rachis**, à un taux de 70% en tenant compte de périodes de repos nécessaires, ce qui diminue forcément le rendement. La baisse de rendement est incluse dans ce taux.

**Pour le poignet**, une activité adaptée aux limitations mentionnées ci-dessus pourrait être exercée à plein temps et avec un rendement complet.

6.1.4 A quel type d'activité pensez-vous ?

**Pour le rachis et le poignet**, toute activité manuelle très légère ou non manuelle, semi-sédentaire, principalement assise.

[...]

6.3 Si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé [...], comment estimez-vous la capacité de travail chez un assuré d'âge moyen (environ 42 ans) possédant les mêmes connaissances professionnelles et ayant subi une atteinte de même gravité que notre assuré lors de l'accident du 19 octobre 2003 ?

**Pour le rachis et pour la main**, les mêmes que celles évoquées ci-dessus en 6.1.

6.3.1 Dans quelle mesure (heures par jour) et avec quel rendement l'assuré est-il apte à exercer son activité de restaurateur ? cf. ci-dessus, inapte

6.3.2 Dans quelle mesure (heures par jour) et avec quel rendement l'assuré pourrait-il exercer une autre activité, par exemple une activité assise ou légère ? cf. ci-dessus

6.3.3 Pronostic: doit-on s'attendre à une adaptation/accoutumance aux séquelles de l'accident ? Cas échéant, dans quelle mesure l'incapacité de travail sera-t-elle influencée ?

Non

[...]

## **8. Atteinte à l'intégrité**

L'assuré souffre-t-il d'une atteinte importante (altération évidente ou grave) et durable (prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie) de son intégrité physique ou mentale? Cas échéant, quel pourcentage correspond à cette atteinte selon le barème LAA des atteintes à l'intégrité (annexe 3 de l'OLAA)? Merci de motiver votre réponse. Une éventuelle part en raison de facteurs étrangers à l'accident ou résultant d'un accident antérieur doit être évaluée (%) séparément [...]

**Si l'on se réfère à la table 7 de la SUVA**, (2870/7.f - 1990) nous devons tenir compte des plaintes subjectives qui classent le patient entre ++ et +++.

Dans le point 1, l'angulation cyphotique secondaire se situe à 12°, en tenant compte qu'il a été réduit par la spondylodèse, ce qui situe le taux entre 10-20% si l'on prend les plaintes subjectives à ++ et entre 20 et 25% si l'on prend +++.

Il est suggéré de prendre le taux de 20%, se situant entre les deux et tenant compte du risque arthrogène évalué radiologiquement entre 2005 et les clichés actuels de 2008, nous proposons d'ajouter 5% supplémentaires.

Le point 4 décrit le status après spondylodèse qu'il y a lieu d'ajouter. Il y a une limitation fonctionnelle retenue comme importante. La fourchette se situe entre 5 et 20% supplémentaires. Nous proposons de prendre 15% car il n'y a pas de déficit neurologique permanent, le patient est autonome pour ses activités quotidiennes.

Selon l'OLAA, il est rappelé que l'appréciation pour la colonne vertébrale doit être fondée principalement sur les limitations fonctionnelles qui sont conséquentes puisque cela [a abouti] à l'arrêt de l'activité antérieure, qui était inadaptée médicalement, raison pour laquelle il est choisi ce taux aux valeurs supérieures de 15%.

Dès lors l'[indemnité pour atteinte à l'intégrité] pour le rachis est suggérée à un taux de 25% selon le point 1 [auxquels] 15% sont ajoutés selon le point 4 donnant un taux global pour le rachis de 40%, auquel il faut joindre encore l'[indemnité pour atteinte à l'intégrité] du poignet qui consiste en une arthrose douloureuse.

L'atteinte du poignet droit constitue une atteinte importante et durable de l'intégrité physique. L'arthrose douloureuse peut être qualifiée de moyenne selon les tables de la SUVA, et elle est accompagnée de lésions lytiques consécutives à la silicose si bien que le taux de 10% peut être retenu. La part de cette atteinte, qui est en rapport avec les facteurs étrangers à l'accident de 2003 et résulte de l'ancien accident de 1967 environ et des conséquences de l'opération de 1986, représente la moitié de l'atteinte du poignet.

Ainsi, la part de l'atteinte du poignet droit en rapport avec les facteurs propres à l'accident de 2003 est de 5 %."

L'assuré a également fait l'objet d'une expertise neurologique réalisée le 2 novembre 2007 par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie. Ce dernier a consigné ses observations dans un rapport du 20 mars 2007 [sic], communiqué à la C.\_\_\_\_\_ le 20 mars 2008. En substance, ce médecin a relevé qu'il n'existait pas d'incapacité de travail sur le plan neurologique, ni de limitation de l'état de l'assuré; pour le surplus, il a renvoyé à l'appréciation des experts S.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_.

**C.** Dans l'intervalle, soit le 23 mai 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office pour l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI), invoquant les suites de l'accident du 19 octobre 2003.

L'OAI a adressé à l'intéressé un premier projet de décision en date du 13 mai 2009, dans le sens de l'allocation d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2004 et d'un trois-quart de rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 2005. Ce projet a été contesté par l'assuré le 3 juin 2009. Puis, le 30 novembre 2009, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision annulant celui du 13 mai 2009 et allant dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité fondée sur un taux de 81%, avec effet au 1<sup>er</sup> octobre 2004. Pour l'OAI, l'assuré étant âgé de près de 60 ans lors de l'aptitude à la réadaptation et ne disposant pas d'expérience professionnelle dans un autre domaine, il n'aurait pas pu accéder à une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'intéressé n'a pas communiqué d'objections à ce projet.

Par deux décisions du 1<sup>er</sup> février 2010, l'OAI a confirmé son projet précité. Cela étant, il a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité sur la base d'un taux de 81% pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2004 au 31 mai 2007, puis pour la période au-delà du 1<sup>er</sup> février 2008. L'intéressé a recouru le 15 février 2010 contre cette décision par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, affaire qui fait l'objet d'une procédure parallèle (AI 52/10 - 487/2011).

**D. a)** Entre-temps, par décision du 26 janvier 2010, la C. \_\_\_\_\_ a mis un terme aux indemnités journalières et à la prise en charge des traitements médicaux avec effet au 30 avril 2006. Elle a par ailleurs reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de 73% dès le 1<sup>er</sup> mai 2006; pour déterminer le taux d'invalidité, l'assureur s'est fondé sur un revenu de valide de 121'651 fr. (ressortant des fiches de salaires de l'assuré et des informations fournies par la fiduciaire de celui-ci), qu'il a comparé au revenu d'invalidé de 33'150 fr. 50 (établi sur la base de l'Enquête sur la structure des salaires [ESS] de 2006, compte tenu d'une exigibilité de 70%, et après une «*réduction pour handicap*» de 20%). Enfin, la C. \_\_\_\_\_ a octroyé à l'intéressé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 45%.

Par acte du 15 février 2010 rédigé par son mandataire, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il a tout d'abord soutenu qu'au vu des circonstances du cas particulier, singulièrement de son âge approchant celui de la retraite, il y avait lieu de fixer le degré de l'invalidité à 100% et non à 73%. Par ailleurs, il a fait valoir que le rapport d'expertise du 10 mars 2008 était incomplet s'agissant de l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, dont le taux devait selon lui être fixé à 75%.

**b)** Par décision sur opposition du 11 mars 2010, la C. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition du recourant et confirmé sa décision du 26 janvier précédant. Elle a en substance considéré que les rapports d'expertise des Drs F. \_\_\_\_\_, S. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ étaient probants et que le taux d'invalidité établi dans la décision contestée était correct. A cet égard, elle a souligné que les éléments de calcul n'étaient pas concrètement critiqués par l'intéressé, lequel faisait en revanche valoir qu'il ne serait pas à même de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Relevant que cette notion étant cependant théorique, la C. \_\_\_\_\_ a estimé que l'argumentation de l'assuré n'était pas pertinente. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'assureur a considéré qu'il y a avait lieu de s'en tenir au taux de 45% fixé par les experts, l'intéressé se prévalant d'un taux de 75% sans établir ses allégations.

**E.**           **a)** Agissant par le biais de son conseil, l'assuré a recouru le 9 avril 2010 auprès de la Cour des assurances sociales à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 75%. En substance, se prévalant d'un arrêt rendu par la présente autorité le 13 mai 2008 en matière d'assurance-invalidité, il soutient que la capacité de travail d'une personne de son âge active dans la restauration doit être considérée comme nulle. Il en déduit que son invalidité est entière, et que des prestations LAA plus élevées doivent lui être allouées. S'agissant plus particulièrement de l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, il sollicite la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il formule par ailleurs une demande relative à une police d'assurance-accidents complémentaire conclue le 26 mars 2002 avec la C.\_\_\_\_\_, prévoyant l'allocation d'un capital d'invalidité correspondant à quatre fois le salaire annuel; à cet égard, il conclut au paiement d'un capital invalidité de 486'604 fr. plus intérêts à 5% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2005, sous déduction des acomptes déjà versés. Enfin, il produit diverses pièces à l'appui de ses allégations.

**b)** Dans sa réponse du 27 mai 2010, la C.\_\_\_\_\_ conclut, d'une part, au rejet du recours introduit à l'encontre de la décision sur opposition du 11 mars 2010. En substance, la C.\_\_\_\_\_ confirme le taux d'invalidité de 73% retenu dans la décision litigieuse. Concernant plus particulièrement l'établissement du revenu d'invalidité, elle estime que celui-ci a été calculé conformément aux prescriptions légales en la matière, sur la base d'une capacité résiduelle de travail correctement évaluée à 70% par les Dresses S.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_. Pour ce qui est de l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, l'intimée se réfère au taux de 45% fixé par les deux spécialistes précitées. D'autre part, la C.\_\_\_\_\_ s'en remet à l'appréciation de la Cour de céans quant à la recevabilité de la demande en paiement formée par l'assuré, tout en concluant au fond à la condamnation de celui-ci au versement de 74'901 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 9 mars 2010.

**c)** Par jugement du 5 août 2010, après avoir donné aux parties la possibilité de se déterminer sur le sujet, la juge instructeur de la Cour des assurances sociales a décliné sa compétence concernant les conclusions de la demande en paiement introduite par l'assuré à l'encontre de la C.\_\_\_\_\_ relatives à l'assurance-accidents complémentaire, transmettant l'affaire à la Cour civile du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence.

**d)** Dans sa réplique du 22 février 2011, le recourant fait valoir qu'il était en bonne santé avant l'accident du 19 octobre 2003. Il en déduit que le lien de causalité entre cet événement et l'invalidité subséquente est supérieur à 75%, contrairement à ce qu'ont retenu les experts S.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ ainsi que l'assureur intimé. L'assuré soutient, par ailleurs, que l'exercice d'une activité «*prétendument*» adaptée n'est pas exigible, attendu que son âge, son activité antérieure et son entière incapacité à reprendre un tel métier ont poussé l'OAI à renoncer à d'éventuelles mesures de réadaptation. Il renouvelle enfin sa requête d'expertise judiciaire, et requiert l'appointement d'une audience ainsi que l'audition de l'expert S.\_\_\_\_\_ en qualité de témoin.

**e)** Aux termes de sa duplique du 10 mars 2011, la C.\_\_\_\_\_ relève que le degré d'invalidité a été calculé sur la base d'une comparaison des revenus sans et avec invalidité, et non selon le lien de causalité entre l'accident du 19 octobre 2003 et l'invalidité subséquente. L'intimée en conclut que les griefs soulevés par l'assuré à cet égard doivent être écartés. Pour le surplus, la C.\_\_\_\_\_ reprend la motivation de sa réponse du 27 mai 2010, tout en considérant qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par l'intéressé.

**f)** Dans ses déterminations du 21 avril 2011, le recourant insiste sur l'absence d'atteinte incapacitante avant l'accident du 19 octobre 2003. Il se prévaut en outre de la jurisprudence cantonale et fédérale selon laquelle, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré proche de l'âge de la retraite, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si cette personne est en mesure de retrouver un

emploi sur un marché équilibré du travail. Il maintient par ailleurs sa requête tendant la tenue d'une audience et à l'audition de la Dresse S.\_\_\_\_\_.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est recevable.

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

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le litige porte, en l'occurrence, sur le calcul du taux d'invalidité et l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité découlant de la décision sur opposition rendue par la C. \_\_\_\_\_ le 11 mars 2010.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la 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. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

**b)** La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, où elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (cf. art. 7 et 8 LPGGA) ; l'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de

manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1; 126 V 288 consid. 2a et 2d; 119 V 471 consid. 4a; VSI 2004 p. 185 consid. 3; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). D'un autre côté, une évaluation entérinée par une décision entrée en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur, qui ne peut s'en écarter que s'il existe des motifs suffisants; peuvent constituer de tels motifs le fait qu'une évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou de mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles, ou encore qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288, consid. 2d ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005, consid. 4).

Cela étant, il convient de tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré. C'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). Il en va ainsi dans le cadre de la présente procédure (cf. sur ce point la réponse de l'intimée du 27 mai 2010 ch. 2 et 3 p. 25 s.).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, 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 51, 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. 2c ; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

**4.** En l'occurrence, il n'est pas contesté par les parties que le recourant présente des atteintes à la santé en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 19 octobre 2003.

C'est le lieu de préciser, cependant, qu'à aucun moment les Dresses S.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ n'ont retenu un lien de causalité global de 75%, contrairement à ce que soutient l'intimée dans sa décision sur opposition du 11 mars 2010 (p. 6 ch. 2.2). Ces deux spécialistes ont tout au plus exposé que le lien de causalité entre l'accident et l'invalidité s'élevait à 75% pour les atteintes au rachis, et que, s'agissant des atteintes au poignet, *«[l]es douleurs et la limitation de la mobilité du poignet droit [étaient] partiellement en relation de causalité probable avec l'accident du 19.10.2003, car il a[vait] décompensé un état antérieur qui était auparavant très peu symptomatique et n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. [...] L'influence [des] deux pathologies préexistantes p[ouvai]t être estimée à 50% de l'atteinte actuelle du poignet»* (cf. rapport d'expertise du 10 mars 2008 ch. 5.1 et 5.2 pp. 20-21). Quoi qu'il en soit, il faut rappeler qu'une causalité partielle suffit à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents (cf. TFA U 128/04 du 11 avril 2005 consid. 5.1 et U 177/02 du 15 juin 2004 consid. 5.2.1).

Se pose encore la question d'une éventuelle réduction des prestations eu égard à la causalité partielle. En effet selon l'art. 36 al. 2 LAA, les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident; toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain. Ce point sera cependant abordé dans le cadre des développements qui suivent (cf. consid. 5b et 6b).

**5.** Se fondant sur l'avis des experts S.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, la décision entreprise retient qu'eu égard aux conséquences de l'accident du 19 octobre 2003, l'assuré dispose d'une capacité de travail entre 0% et

20% dans son activité habituelle, et de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité manuelle très légère ou non manuelle, semi-sédentaire et principalement assise.

Le recourant, de son côté, ne conteste pas que sa capacité de travail dans son ancienne activité s'élève à 20% pour les troubles du rachis, et à 0% pour les atteintes au poignet. A proprement parler, il ne critique pas non plus l'appréciation des Dresses S. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, qui ont retenu de manière probante qu'il conservait une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à ses troubles du rachis, mais que ce taux était de 100% s'agissant des troubles du poignet (cf. rapport d'expertise du 10 mars 2008 p. 21 ch. 6 et p. 22 ch. 6.1.3). En revanche, il fait valoir que compte tenu de son âge, de son ancienne profession et de son incapacité à reprendre un tel métier, il ne pourra se réinsérer dans le circuit économique, ce qui justifie, à ses yeux, la reconnaissance d'un taux d'invalidité de 100%.

C'est le lieu de relever, au surplus, que l'on ne peut suivre l'intimée lorsqu'elle soutient, dans sa réponse du 27 mai 2010 (p. 26 ch. 4), que la capacité résiduelle de travail du recourant doit être examinée indépendamment des affections au poignet droit, ces dernières n'étant pas déterminantes compte tenu de l'intervention du 23 mai 2007 et des dires de l'assuré - tels que consignés dans le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 20 mai 2007 (p. 25 s.) - selon lesquels le statu quo ante serait atteint. En effet, il apparaît à cet égard que selon les Dresses S. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, le statu quo ante ou sine n'est au contraire pas rétabli (cf. rapport d'expertise du 10 mars 2008 du 10 mars 2008 ch. 5.3 p. 21). Du reste, en retenant dans la décision sur opposition du 11 mars 2010 que la capacité résiduelle de travail de l'assuré était de 0%-20% dans son ancienne profession, l'autorité intimée a bel et bien tenu compte des troubles affectant le poignet droit de ce dernier. Quoi qu'il en soit, on peut retenir en définitive, sans que cela n'influe sur le sort de la cause, que globalement, le recourant présente une capacité résiduelle de travail de 70% dans une activité adaptée, mais qu'il n'est en revanche plus à même de reprendre son ancienne profession.

Cela étant, il reste à examiner le calcul du préjudice économique du recourant et, partant, son taux d'invalidité.

**a)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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<sup>e</sup> 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).

Pour fixer le revenu d'invalide – second terme de la comparaison de l'art. 16 LPGA –, il convient de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas à profit sa capacité de travail après l'accident (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 170 p. 899). Dans ce cas, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; ATF 126 V 75 consid.

3b/aa et les références citées ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 171 s. p. 900), ou en fonction des données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1).

Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration - ou l'assureur - de son pouvoir d'appréciation, le juge des assurances sociales ne pouvant substituer sa propre appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 132 V 393 consid. 3.3; TF 9C\_269/2010 du 7 octobre 2010, consid. 1.2). Le juge des assurances sociales ne revoit ainsi l'étendue de l'abattement retenu dans un cas concret par l'administration que si celle-ci a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès ou un abus de son pouvoir d'appréciation, ou n'a pas appliqué le taux adéquat, 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 (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et ATF 130 III 176 consid. 1.2; TF 9C\_1066/2009 du 22 septembre 2010, consid. 4.3).

**b)** En l'occurrence, l'assuré reproche à l'intimée d'avoir calculé son préjudice économique sans tenir compte de son âge avancé. Plus particulièrement, se référant à une jurisprudence rendue en matière d'assurance-invalidité, il allègue que la C.\_\_\_\_\_ aurait dû tenir compte du fait que son âge l'empêchait de reprendre une nouvelle activité.

Ce moyen s'avère cependant mal fondé.

**aa)** En effet, aux termes de l'art. 28 al. 4 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Cette disposition réglementaire, qui vise à empêcher l'octroi de rentes d'invalidité qui comporteraient, en fait, une composante de prestation de vieillesse, est conforme à la loi. D'après cette norme, il y a lieu de faire abstraction du facteur de l'âge non seulement pour la fixation du revenu d'invalidé, mais également pour la détermination du revenu sans invalidité. Selon la jurisprudence, la notion d'âge moyen au sens de l'art. 28 al. 4 OLAA se situe autour de 42 ans ou entre 40 et 45 ans; on considère que l'âge est avancé lorsque l'assuré est âgé d'environ 60 ans au moment où il a droit à la rente (cf. TF 9C\_250/2009 du 1<sup>er</sup> juillet 2009 consid. 2.2 et jurisprudence citée).

Pour que le revenu d'invalidé soit fixé en fonction du gain que pourrait réaliser un assuré d'âge moyen présentant les mêmes séquelles accidentelles, il faut que l'âge avancé soit la cause essentielle de la diminution de la capacité de gain. Par ailleurs, l'art. 28 al. 4 OLAA ne vise pas seulement l'éventualité dans laquelle l'âge avancé est la cause essentielle de la limitation de la capacité de travail mais il concerne également la situation où il est la cause essentielle de l'empêchement d'exercer une activité professionnelle qui aurait permis de maintenir la capacité de gain (cf. TF 9C\_250/2009 précité consid. 3.2.1 et jurisprudence citée).

**bb)** En l'occurrence, il est constant que le recourant n'a plus repris d'activité lucrative après la cession de son restaurant à la fin de l'année 2007, alors qu'il était âgé de 62 ans. En outre, il apparaît que l'âge avancé de l'intéressé (60 ans et demi au moment de la naissance du droit

éventuel à la rente) est la cause essentielle de l'empêchement d'exercer une activité lucrative même adaptée. En effet, c'est bien en raison de son âge avancé et de l'absence de diversité professionnelle – l'intéressé ayant essentiellement travaillé dans la restauration – qu'il n'a pas repris d'emploi après la vente de son établissement en 2007, sans trouver un autre poste lui permettant de mieux mettre en valeur sa capacité résiduelle de gain, estimée à 70% dans une activité adaptée. Certes, l'âge avancé et une expérience professionnelle unique sont deux obstacles distincts à la recherche d'un nouvel emploi. Cependant, ces causes sont intimement liées, en tant que l'absence de diversité professionnelle est aggravée par l'âge avancé de l'assuré. C'est pourquoi l'âge apparaît en l'occurrence comme la cause essentielle empêchant l'intimé de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de gain en exerçant une activité adaptée. Cela étant, du moment que l'âge avancé apparaît comme la cause essentielle de la diminution de la capacité de gain, le revenu d'invalidé doit dès lors être fixé en fonction du gain que pourrait réaliser un assuré d'âge moyen présentant les mêmes séquelles accidentelles (cf. dans ce sens TF 9C\_250/2009 précité consid. 3.2.2). C'est d'ailleurs dans cette optique que la C.\_\_\_\_\_ a consulté les Dresses S.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, lesquelles ont signalé que, toutes choses égales par ailleurs, la situation d'un assuré d'âge moyen aurait été similaire à celle du recourant quant à l'impact des séquelles accidentelles sur la capacité de travail (cf. rapport d'expertise du 10 mars 2008 ch. 6.3 ss p. 22; cf. réponse du 27 mai 2010 p. 26 ch. 3). De ce fait, même si l'intimée ne s'est pas expressément référée à l'art. 28 al. 4 OLAA dans sa décision sur opposition du 11 mars 2010, il reste que cette lacune n'a pas d'incidence sur l'issue de la cause, compte tenu de la similarité des situations à prendre en compte.

A cela s'ajoute que l'âge de l'assuré (60 ans au moment de la naissance du droit éventuel à la rente) a été pris en compte comme facteur de déduction du salaire statistique déterminant pour la fixation du revenu d'invalidé (cf. dans ce sens TF 8C\_846/2008 du 9 février 2009 consid. 2.4 et réf. cit.). Ainsi l'intimée a-t-elle opéré une déduction de 20% sur le salaire ressortant de l'ESS 2006 (cf. let. D.a supra). Cet abattement semble en l'espèce pleinement justifié, au vu des circonstances du cas

particulier (cf. consid. 5a supra). A tout le moins, l'examen du dossier – de même que les arguments du recourant – ne fait ressortir aucun motif pertinent commandant de s'écarter de l'appréciation de l'intimée (cf. ibid.).

Pour le reste, le recourant ne conteste pas le détail des revenus avec et sans invalidité retenus par la C.\_\_\_\_\_, à hauteur de respectivement 33'150 fr. 50 et 121'651 fr.; tout au plus relèvera-t-on que, contrôlés d'office, ces montants s'avèrent corrects.

Il découle de ce qui précède que le taux d'invalidité évalué par la C.\_\_\_\_\_ à 73% ne prête pas le flanc à la critique.

Il convient de rappeler ici, au surplus, qu'en vertu de l'art. 36 al. 2 phr. 2 LAA, on ne saurait réduire la rente de l'assuré eu égard à ses troubles préexistants, ces derniers n'ayant pas eu d'incidence sur la capacité de travail, ainsi qu'il appert de l'avis des experts S.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise du 10 mars 2008 ch. 5.1 p. 20; cf. également réplique du 22 février 2011 p. 2 et consid. 4 supra).

**7.** Le recourant critique enfin le taux de l'atteinte à l'intégrité, évalué à 45% par l'intimée. Pour sa part, il estime que ce taux doit être fixé à 75%.

**a)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à

l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

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. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 p. 227).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b et les références).

L'annexe 3 de 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 (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). 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). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi

plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1; TF 8C\_365/2007 du 15 mai 2008, consid. 7.2; ATF 124 V 211 consid. 4a/cc) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

La jurisprudence précise que lorsque plusieurs événements, assurés pour certains et non assurés pour d'autres, sont à l'origine d'une seule atteinte à l'intégrité, celle-ci sera évaluée globalement, une réduction étant ensuite opérée en vertu de l'art. 36 al. 2 LAA (cf. ATF 116 V 156 consid. 3e). Selon cette disposition, inscrite au chapitre de la réduction ou du refus des prestations en cas de concours de diverses causes du dommage, les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident, étant précisé qu'en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain.

**b)** En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation des Dresses S. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ pour déterminer l'atteinte à l'intégrité du recourant.

Dans leur rapport du 10 mars 2008 (p. 24), ces dernières se sont tout d'abord exprimées quant à l'atteinte dorsale de l'assuré, se référant à la table d'indemnisation n° 7 (atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale) de la CNA. S'agissant du point 1 de cette table (concernant les fractures), elles ont retenu un taux de 20%, relevant que l'angulation cyphotique secondaire se situait à 12° après réduction par spondylodèse, et que les plaintes de l'assuré se situaient entre "++" et "+++". A ce taux, elles ont ajouté 5% supplémentaires compte tenu du risque arthrogène constaté. Concernant le point 4 de la table (concernant notamment le status après spondylodèse, les déficits neurologiques et les limitations fonctionnelles particulièrement

importantes), les Dresses S.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ ont signalé une importante limitation fonctionnelle - ainsi qu'en témoignait l'arrêt de l'activité professionnelle antérieure, devenue médicalement inadaptée - justifiant un taux de 15%, en l'absence de déficit neurologique permanent. Au final, elles ont donc estimé que l'atteinte à l'intégrité pour le rachis s'élevait à 40%. Elles n'ont en revanche pas procédé à une réduction du degré de cette atteinte en vertu de l'art. 36 al. 2 LAA, considérant à l'évidence que cela n'était pas justifié, compte tenu du rôle somme toute négligeable de l'état antérieur, qui *«était celui d'un rachis avec quelques atteintes dégénératives banales pour l'âge de l'assuré qui n'en avait pas de symptômes. Il travaillait, faisait du sport, du pilotage, de l'ULM sans difficulté. [Les experts ne pouvaient] attribuer un rôle prioritaire à ces lésions sans doute préexistantes mais banales pour l'âge, que l'on observe dans la population normale, et qui étaient muettes. [...] Dès lors l'état antérieur, s'il jou[ait] un rôle, d[evait]t être admis comme mineur [...]»* (cf. rapport d'expertise du 10 mars 2008 ch. 5.1 p. 20).

Au niveau du poignet droit de l'assuré, les Dresses S.\_\_\_\_\_ et tM.\_\_\_\_\_ ont relevé (vraisemblablement sur la base de la table n°5 de la CNA) que ce poignet était atteint d'une arthrose moyenne, accompagnée de lésions lytiques consécutives à la siliconite. A l'aune de ces éléments, elles ont retenu un taux de 10%. Elles ont toutefois réduit ce taux à 5%, observant que les fractures étrangers à l'accident de 2003 - lesquels résultaient d'un accident survenu en 1967 et d'une opération effectuée en 1986 - représentaient la moitié de l'atteinte au poignet (cf. rapport d'expertise du 10 mars 2008 p. 24).

Il s'ensuit qu'au total, les médecins précités ont évalué à 45% l'atteinte à l'intégrité du recourant. L'estimation de ces spécialistes échappe à la critique et doit être confirmée, rien au dossier n'incitant à douter de son bien-fondé. En particulier, le recourant n'a pas exposé les motifs pour lesquels il conviendrait de lui octroyer une indemnité d'un taux supérieur. C'est donc à juste titre que l'intimée a fixé le taux de l'atteinte à l'intégrité à 45%, conformément à l'appréciation des experts S.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_.

**8.** Compte tenu des griefs invoqués et de l'état du dossier, la mise en œuvre d'un examen médical complémentaire visant à déterminer la capacité de travail résiduelle de l'intéressé n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire. Il en va de même de la tenue d'une audience. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

**9. a)** En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée du 11 mars 2010 confirmée, sans qu'il ait lieu de procéder aux mesures d'instruction complémentaire requises par le recourant.

**b)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. L'intimée, obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel mais agissant comme autorité chargée de tâches de droit public, ne peut se voir allouer de dépens à la charge du recourant.

**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 11 mars 2010 par la C.\_\_\_\_\_ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jacques Micheli (pour le recourant),
- Me Christian Grosjean (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :