

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 avril 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Berthoud et Mme Feusi, assesseurs
Greffier : Mme Choukroun

Cause pendante entre :

S._____, à Bex, recourant, représenté par Me Aba Neeman, à Monthey,

et

P._____ **SA**, à Winterthour, intimée, représentée par [...], juriste, à Lausanne.

Art. 4, 7, 8 LPGA; art. 18 LAA

E n f a i t :

A. S. _____ (l'assuré), né en 1981, a exercé, entre 2000 et 2007, diverses activités dans le domaine de la construction. De mai à octobre 2007, il a travaillé en qualité de ferrailleur pour un salaire mensuel net de 3'600 fr. et, de janvier à décembre 2007 - à titre accessoire - comme agent de sécurité dans une discothèque à Monthey, au dancing L. _____, pour un revenu mensuel net de 800 francs. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels, selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20) auprès de P. _____ SA, à Lausanne.

S. _____ a été victime d'un accident professionnel le 2 décembre 2007. Selon le procès-verbal d'audition de la Police cantonale vaudoise du 12 décembre 2007, l'assuré a notamment déclaré ce qui suit :

« Dimanche 02.12.2007, vers 17h30, une bagarre a eu lieu à Bex. Vous êtes un des auteurs de cette bagarre. Veuillez nous indiquer le motif, les circonstances et le déroulement de cette altercation ?

A titre occasionnel, je travaille comme videur dans une boîte de nuit à Monthey (L. _____). Dans la nuit de samedi à dimanche, j'ai dû sortir un individu qui semait le trouble. Ce dernier se prénomme A.X. _____, domicilié à Bex. Je l'ai recommandé de sortir. Il s'en est pris physiquement à moi. Il m'a menacé en me disant qu'il allait me tuer, niquer ma famille, ta mère. Je l'ai poussé à l'extérieur. Il me tenait toujours par les habits et me frappait au niveau du visage. Je lui ai donné un coup de poing et l'ai poussé par terre. J'ai poursuivi mon travail. Par la suite, l'intéressé a essayé de rentrer. Je l'ai repoussé à l'extérieur en lui priant de quitter les lieux. Il s'est excusé et est parti avec un taxi. Dimanche, vers 1700, mon collègue videur, [...] m'a téléphoné pour aller boire un café. Je lui ai donné rendez-vous. Je suis sorti de mon domicile et me suis dirigé vers le Pub [...]. Au moment où je voulais traverser la route, une voiture conduite par le père de A.X. _____ a tenté de me renverser. Il était accompagné de son fils B.X. _____ et de son frère C.X. _____. J'ai pu me protéger par l'auto de mon ami. Je leur ai demandé pour quels motifs ils avaient foncé sur moi. Ils m'ont demandé pourquoi j'avais frappé A.X. _____ dans la nuit. B.X. _____ est sorti du véhicule. Il tenait un bâton dans ses mains. Pourquoi as-tu frappé mon frère, tu sais que c'est mon frère. Pour cela, je vais te tuer. Je suis parti en courant. Il m'a rattrapé à la hauteur du centre espagnol. Il m'a frappé au moyen du bâton. Son père et C.X. _____ sont arrivés sur les lieux et ont commencé à me frapper également. Du moment où j'étais au sol, j'ai sorti mon couteau suisse. Je faisais des mouvements horizontaux. Je leur ai demandé d'arrêter de me frapper.

B.X._____ continuait à me frapper sur l'ensemble du corps avec le bâton. Ils disaient qu'ils voulaient me tuer. Pour la suite, je ne m'en souviens pas. Je me suis réveillé à l'hôpital de [...]. Pour vous répondre, je reconnais avoir frappé A.X._____ la veille. Je n'ai jamais frappé B.X._____. Je ne sais pas quel individu j'ai touché avec mon couteau. Je ne m'en souviens pas ».

B. Par arrêt du 8 octobre 2010, la Cour des assurances sociales du tribunal cantonal vaudois a jugé que l'assuré avait droit à l'intégralité des prestations en espèces allouées par P._____ S.A. à la suite de l'accident _____ survenu le 2 décembre 2007, considérant que l'assuré ne s'était pas engagé dans l'altercation, mais y avait été engagé contre sa volonté.

C. Mandatée par P._____ S.A., la Clinique B._____ à Genève a procédé à une expertise en date du 4 mars 2009. Il ressort du rapport d'expertise que, sur le plan auditif, S._____ présente une surdité totale à gauche, ce qui rend la probabilité d'une récupération quasiment nulle. Sur le plan vestibulaire, un déficit vestibulaire périphérique à gauche avec une aréflexie à l'examen calorique ainsi qu'une hyporéflexie vestibulaire à droite ont été relevés. L'expert précisait qu'à la suite d'un déficit vestibulaire unilatéral, une telle évolution est souvent rencontrée. La diminution de la réactivité vestibulaire contralatérale est probablement un signe lié à la compensation centrale du déficit vestibulaire brusque. Dans l'impossibilité de se prononcer quant à une reprise de l'activité vestibulaire, l'expert estimait indispensable de refaire un nouveau bilan à la fin 2009, voire début 2010, soit à deux ans de l'événement. Sur le plan neurologique, les résultats de l'imagerie cérébrale et de la consultation effectuées en décembre 2007 se sont révélés normaux. Après un examen réalisé en janvier 2009, l'expert n'a pas retenu d'atteinte neurologique somatique. Enfin, sur le plan neuropsychologique, une brève évaluation a mis en évidence un léger ralentissement, quelques difficultés d'inhibition et une sensibilité à l'interférence. Le reste du tableau se situait dans les normes, compte tenu de l'âge, du sexe et du nombre d'année d'étude de S._____. Ces troubles ont été qualifiés de très légers et sans

répercussion significative sur la capacité de travail, nonobstant le comportement très expressif du patient qui - selon l'expert - semblait exagérer ses douleurs par une gestuelle imposante (se tient la tête, se frotte les yeux, soupire, gigote). Sur le plan psychiatrique, l'expert a estimé qu'en l'absence d'un diagnostic psychiatrique invalidant (le patient n'évoque ni cauchemars ni plaintes de reviviscences, alors même qu'il croise régulièrement son agresseur et qu'il se rend fréquemment sur le lieu de l'agression pour voir ses anciens collègues), la capacité de travail sur le plan purement psychiatrique était pleine et entière. En effet, l'expert ne retient pas le diagnostic de stress post-traumatique. Un diagnostic de modification durable de la personnalité après un vécu traumatique (F62.0) a été retenu par les médecins traitants. Néanmoins, les critères nécessaires pour remplir ce diagnostic ne sont pas présents. Le terme d'expérience de catastrophe recouvre des expériences plus graves telles qu'emprisonnement en camp de concentration, torture, désastre ou exposition prolongée à des situations représentant un danger vital. Les expositions brèves à une expérience de danger vital telle qu'un accident de voiture ou une agression ne doivent pas être incluses, car cela suppose l'existence dans ces situations d'une vulnérabilité psychologique préexistante pour qu'une modification de la personnalité se développe, ce qui n'est pas le cas chez l'assuré. Alors que les symptômes psychiques sont mis en avant comme étant la source de l'incapacité de travail, leur intensité doit être relativisée par un manque patent de compliance médicamenteuse, l'intéressé ne prenant aucun des médicaments prescrits. Il existe donc un syndrome d'amplification des plaintes. L'expert a, en outre, remis en question le lien de causalité entre les troubles neuropsychologiques présentés par ce patient et l'événement du 2 décembre 2007, qualifiant ce lien de seulement possible et non probable ou vraisemblable. Enfin, il a relevé que le traitement médical dont avait bénéficié S._____ était approprié et pouvait être considéré comme stabilisé (à l'exception de la rééducation vestibulaire intensive). Il a estimé que l'assuré présentait une incapacité totale dans l'activité de ferrailleur ou dans celle d'agent de sécurité dans une discothèque, mais qu'il gardait une capacité de travail de 100% dans une activité compatible à ses limitations fonctionnelles (pas de travail en hauteur sur des échelles et des

échafaudages, pas de travail en position instable, nécessitant des mouvements brusques, répétitifs et de forte amplitude du tronc et de la tête, pas d'exposition au bruit, pas de travail dans l'obscurité ou nécessitant la conduite de véhicules poids lourds et bus), avec tout au plus une légère diminution de rendement de 10%.

D. Par décision du 13 mai 2009, la P. _____ S.A. a retenu ce qui suit:

"Seul l'examen otoneurologique permet de constater une lésion objectivable en rapport de causalité directe avec le traumatisme du 2 décembre 2007. En l'occurrence, le bilan pratiqué confirme l'existence d'un déficit cochléo-vestibulaire gauche avec surdité totale et aréflexie vestibulaire expliquant certaines plaintes (troubles de l'équilibre, sensations vertigineuses, insécurité). C'est la raison pour laquelle une rééducation vestibulaire intensive est proposée. Il ressort du rapport d'expertise du 4 mars 2009 que le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident du 2 décembre 2007 peut être considéré comme stabilisé (à l'exception de la rééducation vestibulaire intensive) et de plus, qu'une capacité de travail de 100% est exigible, avec tout au plus une légère diminution de rendement de 10%. Par conséquent, il est mis fin aux prestations à court terme (traitement médical - sauf pour la rééducation vestibulaire intensive - et indemnité journalière, articles 10 et 16 LAA) avec effet au 31 mai 2009 pour pouvoir se prononcer sur son droit aux prestations à long terme. Sur le plan otoneurologique, l'atteinte à l'intégrité corporelle en cas de surdité unilatérale totale est de 15%. Le paiement de cette atteinte a fait l'objet d'une décision du 7 octobre 2008. L'opposition formulée contre cette décision est en cours de traitement. Les troubles de l'équilibre correspondant à une atteinte légère ou moyenne du système de l'équilibre est difficile à préciser actuellement car elle est susceptible d'évolution. Par conséquent, une réévaluation de la fonction vestibulaire est prévue à deux ans du traumatisme, soit à la fin 2009 ou au début 2010. En ce qui concerne le gain que pourrait réaliser l'assuré, pour les activités qu'il ne peut plus exercer suite aux limitations fonctionnelles décrites par l'expert, ils ont appliqué un abattement de 10%. Aussi, toute activité respectant ses limitations est exigible à 100%. Selon le rapport de l'expert, il y a un syndrome d'amplification des plaintes: il n'y a pas de diagnostic psychiatrique invalidant et sur le plan purement psychiatrique, la capacité de travail est pleine et entière. Tous ces éléments pris en compte, M. S. _____ subit un infime préjudice économique, comme écrit plus haut, qui n'ouvre pas le droit à la rente. Afin de lui permettre de prendre les mesures nécessaires pour trouver un emploi adapté à sa situation ou de s'inscrire à l'assurance-chômage, nous avons continué à lui verser les indemnités journalières jusqu'au 31 mai 2009. En outre, il sera procédé à une

nouvelle appréciation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de la fonction vestibulaire à la fin 2009 voire début 2010."

Le 12 juin 2009, S._____ a formulé une opposition en demandant l'annulation de la décision du 13 mai 2009 et le versement des indemnités journalières au-delà du 31 mai 2009. A titre subsidiaire et dans l'éventualité où la reprise du versement des indemnités journalières ne serait pas accordée, il revendique un nouveau calcul du préjudice économique subi, qui ne tiendrait pas compte, dans la fixation du gain sans invalidité, de sa rétribution accessoire réalisée en tant qu'agent de sécurité de discothèque.

Dans une décision sur opposition datée du 25 août 2009, P._____ S.A. a confirmé ses conclusions du 13 mai 2009. Elle a mis fin aux prestations au 31 mai 2009 et a refusé tout droit à une rente LAA d'invalidité.

E. Agissant par l'entremise de son conseil, S._____ a recouru le 28 septembre 2009 contre la décision sur opposition de P._____ S.A. Il conclut, avec suite de dépens, à sa réforme en ce sens que le versement des indemnités journalières est poursuivi au-delà du 31 mai 2009. Subsidiairement, il conclut que son taux d'invalidité est déterminé en tenant compte de son impossibilité d'exercer encore une activité lucrative accessoire, ce qui réduit en conséquence son gain avec invalidité.

Par courrier du 20 novembre 2009, P._____ S.A. a fait part à l'Office de l'assurance invalidité du canton de Vaud (ci-après: l'OAI) de ses contestations au sujet du projet d'acceptation de rente du 30 octobre 2009 en faveur de S._____. Elle estimait que le calcul du revenu avec invalidité devait tenir compte des salaires obtenus par S._____ pour ses deux activités professionnelles, soit un revenu total sans invalidité de 66'106 fr. (55'998 fr. [27 fr. + 0.45 fr. x 42. 5h x 48 semaines]) pour l'activité principale + 10'108 fr. [25.50 x 32 + 13^{ème} salaire - vacances comprises + renchérissement 2008 + 2009] pour l'activité accessoire). P._____ S.A. a également relevé que S._____ avait refusé les mesures

d'intervention précoce et l'examen des mesures de réadaptation professionnelle qui auraient pourtant permis de diminuer sensiblement sa perte de gain. Au vu de ces considérations, P._____ S.A. considérait que le taux d'invalidité de 28,7% fixé dans le projet de décision de l'OAI était surestimé.

L'OAI a produit le dossier de S._____ le 21 juin 2010. Le Centre Z._____, centre d'accueil et de traitement psychiatrique du Chablais, a transmis un rapport médical en date du 1^{er} juillet 2010, dont il ressort en substance ce qui suit:

"Monsieur S._____ est suivi au Centre Z._____ où il bénéficie d'un traitement de soutien depuis janvier 2008. Un traitement d'ergothérapie a aussi été introduit, traitement dont il tire un certain bénéfice.

Monsieur S._____ souffre d'une symptomatologie anxio-dépressive associée à des somatisations de type céphalées et vertiges. Il est ralenti au niveau psychomoteur, s'exprime sur un ton monocorde, son regard est sombre. On remarque la présence d'un certain émoussement affectif. Il se plaint d'une tristesse, de troubles du sommeil, d'une diminution de l'appétit, de peurs irraisonnées, d'une irritabilité importante, ainsi que d'un sentiment d'injustice avec perte d'espoir. A relever également des troubles mnésiques perturbant la régularité du suivi.

Durant toute cette dernière année, l'état clinique de Monsieur S._____ est resté stationnaire. Selon le patient, sa symptomatologie s'est même nettement péjorée. A plusieurs reprises, il nous a fait part de son sentiment de vouloir rendre justice lui-même. Nous sommes particulièrement inquiets concernant sa fixation sur les démarches juridiques et asséculo-logiques ces dernières années, ceci lui prenant énormément d'énergie et ne faisant que péjorer son état."

Les parties ont renoncé à la tenue d'une audience de jugement.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La présente cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire vaudoise du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'une contestation portant notamment sur le taux de la rente d'invalidité LAA, prestation de l'assureur-accidents non limitée dans le temps.

Interjeté dans le délai légal de 30 jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA), le recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA ; art. 79 LPA-VD, par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

b) Le litige porte principalement sur le versement des indemnités journalières au-delà du 31 mai 2009. S._____ soutient qu'à cette date son état de santé n'était pas stabilisé et que la rééducation vestibulaire intensive qu'il poursuit ne lui permet pas d'envisager de retrouver un travail ou même de s'inscrire à l'assurance-chômage. Le

recourant conclut qu'il se justifiait d'attendre la nouvelle appréciation du déficit vestibulaire périphérique gauche dont il souffre dans un délai de deux ans après l'accident et il demande que les indemnités journalières continuent à lui être versées dans l'intervalle.

2. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, à moins que la présente loi en dispose autrement, les prestations d'assurance sont en principe allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd. 2007, no 79 p. 865; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 c. 5.1).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et

l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 129 V 177 c. 3.2; ATF 125 V 456 c. 5a et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 no U 275 p. 191, c. 1c, arrêt U 93/96 du 5 février 1997; TF 8C_92/2010 du 6 octobre 2010 c. 2).

b) Au titre des prestations d'assurance allouées en cas d'accident professionnel ou non professionnel et de maladie professionnelle, l'assuré a notamment droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 LAA) et, en cas d'incapacité totale ou partielle de travail consécutive à un accident, à une indemnité journalière (art. 16 LAA). Selon la jurisprudence, une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, à la suite d'une atteinte à la santé physique et/ou psychique due à un accident, elle ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore qu'avec le risque d'aggraver son état, ou n'est pas en mesure de pratiquer une autre activité adaptée à son état de santé (ATF 115 V 403 c. 2).

Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2^{ème} phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible

amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération (ATF 134 V 109 c. 4.1; 133 V 57 c. 6.6.2 et les références citées; TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 c. 5.2).

c) Le Tribunal fédéral des assurances a, dans sa jurisprudence antérieure à la LPGA (cf. notamment ATF 119 V 468 c. 2b; RAMA 1993 n° U 171 p. 138), statué que la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière, un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas.

Quant à la coordination entre assureurs sociaux, l'arrêt de principe (ATF 126 V 288) tend à placer les différents assureurs sur pied d'égalité. Dans une phase ultérieure, la jurisprudence a confirmé, avec référence à la LPGA, que l'assureur-accidents n'est pas lié par l'évaluation de l'OAI (ATF 131 V 362 c. 2.2; RAMA 2006 n° U 567 p. 61; voir, comme cas d'application de cette jurisprudence de principe, Pratique VSI 2004 p. 182, c. 4.3 pp. 186 s; RAMA 2000 n° U 406 p. 402; voir aussi TFA I 710/04 du 13 décembre 2005 c. 5.2 ad TAss VD du 23 juin 2004, n° AI 11/04 - 253/2004).

La dernière phase de la jurisprudence tend ainsi à augmenter l'indépendance des deux assureurs; ainsi, l'assureur-accidents n'a pas

qualité pour former opposition ou recourir contre la décision de l'OAI, ni recourir au Tribunal fédéral, que ce soit sur le droit à la rente en tant que tel ou sur le degré d'invalidité; l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante à son égard (ATF 131 V 362). Enfin, une précision de jurisprudence est parue aux ATF 133 V 549. Cet arrêt pose que l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents. Il ajoute, dans un *obiter dictum*, que la réciproque reste également vraie (considérant 6.2, p. 554). Néanmoins, il n'y a pas eu d'abandon de la jurisprudence parue aux ATF 126 V 288. Ainsi, au vu de l'unité de la notion d'invalidité, il n'y a pas lieu – sauf motifs pertinents exceptionnels – d'apprécier différemment les conséquences économiques d'une seule et même atteinte à la santé, réputée engager la responsabilité entière de l'un et de l'autre assureurs, en particulier lorsque l'appréciation du premier assureur a fait l'objet d'une décision entrée en force (ATF 126 V 288).

d) 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. 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 261 c. 4 et les références;

TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une

opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe 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 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et les réf. citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1).

Les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01), a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 135 V 254 c. 3.3.2; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 c. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 c. 3). En revanche, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3.b/cc et les réf. citées; Pratique VSI, jurisprudence et pratique administrative AVS/AI/PC/APG/AF/PP [VSI] 2001 p. 106 c. 3.b/bb et cc).

3. a) En l'occurrence, il ressort clairement du rapport d'expertise réalisé le 4 mars 2009 par la Clinique B._____ à Genève que seul l'examen otoneurologique permet de constater une lésion objectivable en rapport de causalité directe avec le traumatisme du 2 décembre 2007. Le bilan pratiqué confirme l'existence d'un déficit cochléo-vestibulaire gauche avec surdité totale et aréflexie vestibulaire expliquant certaines plaintes (troubles de l'équilibre, sensations vertigineuses, insécurité). C'est la raison pour laquelle une rééducation vestibulaire intensive a été proposée. Contrairement à ce qu'affirme le recourant, le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident du 2 décembre 2007 peut être considéré comme stabilisé. Le recourant a contesté la phrase figurant dans le rapport d'expertise selon laquelle "*l'intéressé ne prenait aucun des médicaments prescrits. Il existe donc un syndrome d'amplification des plaintes*", produisant la liste de tous les médicaments qu'il a pris auprès de la pharmacie. Il ressort toutefois dudit rapport que les analyses effectuées n'ont pas permis de détecter la prise des médicaments prescrits, de sorte que malgré les douleurs et la perte de moral dont l'assuré se plaint et qu'il estime incapacitantes, ce dernier ne prend aucun médicament, ce qui amène à relativiser l'intensité des troubles évoqués (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire du 4 mars 2009, p. 16). Sur le plan otoneurologique, S._____ peut exercer à plein temps toute activité professionnelle compatible avec ses compétences et respectant les limitations fonctionnelles décrites précédemment (travail au sol, pas de nécessité de mouvements répétitifs, brusques ou de forte amplitude de la tête et du tronc, ambiance sonore calme). Une légère diminution de rendement de 10% pourrait être retenue en l'absence d'amélioration de la fonction vestibulaire périphérique gauche. Sur le plan psychique, il y a un syndrome d'amplification des plaintes physiques pour des raisons psychologiques. Le pronostic devrait s'avérer favorable une fois que l'assuré aura trouvé d'autres moyens pour faire face à sa situation sociale actuelle. Il n'y a donc pas de troubles psychiques actuels dus à l'accident du 2 décembre 2007. Il n'y a pas de limitation ou d'incapacité en rapport avec le domaine psychiatrique ou neurocognitif. Partant, il y a lieu de

conclure que S._____ - s'il ne peut effectivement plus exercer son activité principale de ferrailleur et son activité accessoire d'agent de sécurité - peut, par contre, exercer à plein temps toute activité compatible avec ses compétences. Il était, dès lors, apte à reprendre une activité professionnelle adaptée au jour de l'expertise, nonobstant la rééducation vestibulaire intensive, qui au demeurant consiste en une séance hebdomadaire auprès d'un physiothérapeute connaissant les techniques de rééducation vestibulaire. Contrairement à ce que soutient le recourant, il s'agit d'un traitement médical visant à soutenir son état de santé et à lui permettre d'effectuer une activité lucrative adaptée. La nécessité d'attendre début 2010 n'a pas pour but d'évaluer une capacité de travail adaptée, mais de fixer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. On relève enfin que P._____ S.A. a continué à verser les indemnités journalières jusqu'au 31 mai 2009 pour permettre au recourant de prendre les mesures nécessaires afin de trouver un emploi adapté à sa situation ou de s'inscrire à l'assurance-chômage.

b) Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter du constat d'expert, selon lequel le recourant ne nécessite aucun traitement de soutien sur les plans psychiatrique, neurologique et neuropsychologique. La situation étant stabilisée sur le plan médical, c'est à juste titre que P._____ S.A. a mis fin au versement des indemnités journalières au 31 mai 2009. Le grief, mal fondé, doit être rejeté.

4. A titre subsidiaire, le recourant conteste le calcul du préjudice économique qu'il a subi ensuite de son accident du 2 décembre 2007. Il estime que ce préjudice doit être déterminé uniquement sur la base du revenu tiré de son activité principale de ferrailleur, sans tenir compte du revenu de son activité accessoire d'agent de sécurité en discothèque. A l'appui de cet argument, il précise qu'au vu de son état de santé, il n'est plus en mesure d'assumer une activité accessoire en sus d'une activité principale.

Est réputée incapacité de gain, aux termes de l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

a) Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour l'évaluation du 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_499/2009 du 6 octobre 2009 c. 2.1; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 165 p. 898).

b) La comparaison des revenus sans et avec invalidité (art. 16 LPGA) s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible le montant de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence, exprimée en pour-cent, permettant de calculer le degré 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 c. 1, 104 V 135 c. 2a et 2b; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 c. 2.1).

En ce qui concerne l'évaluation du revenu sans invalidité, est déterminant le revenu que, sans l'atteinte à la santé, l'assuré aurait concrètement obtenu, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, au moment où est né le droit à la rente; ce faisant, on prendra en règle générale en considération le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision; en effet, l'expérience démontre que, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait en principe poursuivi son activité antérieure; des exceptions ne sont admises qu'au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 134 V 322 c. 4.1; 129 V 222 c. 4.3.1; TF I 408/05 du 18 août 2006 c. 4.4.1).

Pour fixer le revenu d'invalidé - second terme de la comparaison de l'art. 16 LPGA -, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social (ATF 129 V 472 c. 4.2.1 et 126 V 75 c. 3b/aa; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 c. 2.1).

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base notamment des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (Enquête suisse sur la structure des Salaires [ESS]). Dans ce cas, l'on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation, susceptibles de limiter ses perspectives salariales; on procédera alors à une évaluation globale des effets de ces empêchements sur le revenu d'invalidé, étant précisé

que la jurisprudence n'admet pas de déduction supérieure à 25% (ATF 134 V 322 c. 5.2 et 126 V 75 c. 3b/aa et bb et 5a).

5. Dans le cas d'espèce, S._____ a travaillé dans le domaine de la construction entre 2000 et 2007. De janvier à décembre 2007, il a travaillé à titre accessoire en qualité d'agent de sécurité dans une discothèque pour un salaire mensuel net de 800 francs, à raison de 32 heures par mois. En sus de cette activité accessoire, le recourant a été engagé à plein temps comme ferrailleur dès le mois de mai 2007, pour un salaire mensuel net de 3'600 francs. Il a toutefois été licencié par son dernier employeur en octobre 2007 pour des motifs économiques. Il ressort du dossier que l'activité principale de ferrailleur n'a en réalité jamais atteint un plein temps d'occupation, quand bien même son contrat de travail mentionnait un horaire hebdomadaire de 42h30. L'intéressé a par ailleurs été au chômage de janvier à mai 2007.

L'intimée a apprécié le revenu sans invalidité sur la base d'informations contenues dans le dernier contrat de travail du recourant auprès de la société Q._____ SA à [...], soit un salaire horaire de 27 fr., vacances et 13^{ème} salaire compris, ce qui représente un revenu annuel de 56'187 fr. Pour sa part, l'OAI a privilégié l'application de la convention collective de travail (CCT) du domaine de la construction estimant que sans atteinte à la santé, l'assuré aurait cherché à travailler de manière fixe dans ce domaine d'activité. Dans la mesure où l'assuré a été licencié pour des motifs économiques, soit sans lien avec sa problématique de santé, il convient de considérer que, en bonne santé, il aurait également perdu cet emploi. Partant, le dernier revenu perçu ne saurait être retenu comme étant le revenu qu'il aurait pu réaliser en bonne santé. Quant à l'application de la CCT, certes généreuse en comparaison des revenus effectivement réalisés dans le passé par le recourant, l'OAI relève que la CCT dans le domaine de la construction a été étendue à l'ensemble de la branche, ce qui signifie concrètement qu'elle est devenue obligatoire pour tous les rapports de travail conclus dans cette branche. Or, il s'avère que la rétribution de l'assuré auprès de la société Q._____ SA n'était pas

suffisante au regard des salaires minimaux garantis par la CCT (en raison du fait que les vacances et le 13^{ème} salaire étaient compris dans le salaire horaire versé). L'assuré ayant toutefois toujours travaillé (de 2000 à 2007 - cf. les comptes individuels) pour le compte de plusieurs employeurs (fixes ou temporaires) dans le domaine de la construction, on peut admettre, comme l'OAI, que, sans atteinte à la santé, il aurait cherché à travailler de manière fixe dans ce domaine d'activité, raison pour laquelle son revenu pouvait être déterminé sur la base de la CCT. Après une analyse plus détaillée de la situation, (extraits de comptes individuels, rapports employeurs, contrat de travail, fiches de salaire), il s'avère que dans les faits l'assuré n'a, comme l'a constaté l'OAI, pas cumulé une activité principale à 100% et une activité accessoire. En effet, quand bien même le contrat de l'activité principale mentionnait une activité à plein temps, soit 42 heures par semaine, on ne peut que constater, sur la base des fiches de salaires (y compris les annexes au rapport de l'employeur du 26 janvier 2009) et des l'extrait des comptes individuels (revenus de 9'423 fr. pour 5 ans d'activité), que l'assuré n'a jamais exercé cette activité principale à temps complet (120 heures en mai, 98 heures en juin, 60 heures en juillet, 71 heures en octobre). A noter que certains mois, notamment en août et en septembre, il n'a même visiblement pas travaillé. Par conséquent, rien ne permet d'affirmer que l'assuré aurait, en bonne santé, continuer d'exercer son activité accessoire en parallèle à une activité principale dans le domaine de la construction.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, on peut vraisemblablement admettre que le recourant aurait cherché une activité à plein temps dans le domaine de la construction s'il n'avait pas subi une atteinte dans sa santé et qu'il aurait renoncé à poursuivre une activité accessoire en sus de son activité principale. Partant, c'est à tort que P._____ S.A. a calculé le revenu sans invalidité en retenant le dernier salaire perçu pour son activité de ferrailleur cumulé à celui perçu à titre accessoire pour son activité d'agent de sécurité dans une discothèque. En effet, il y avait lieu de calculer le revenu sans invalidité en ne se fondant que sur le salaire en lien avec l'activité principale et en tenant compte des salaires proposés dans la convention collective de travail en vigueur dans

la construction, à savoir en 2009 un salaire annuel de 64'481 francs (cf. "avis de juriste - AUDITION" de l'OAI daté du 26 mars 2010).

Quant au revenu d'invalidé, le recourant n'ayant pas repris d'activité professionnelle, il peut être évalué sur la base des données salariales ESS. Selon ces données, un ouvrier B (travailleur avec 3 ans d'expérience) aurait pu prétendre en 2009 à un revenu annuel de 53'197 fr. en tenant compte d'un rendement d'environ 95% et d'un abattement de 10%. La comparaison des revenus sans et avec invalidité permet de conclure que le préjudice économique de S._____ s'élève à 18% ($[64'481 - 53'196.60] / 64'481 \times 100 = 17.5\%$, arrondi à 18%), lui donnant ainsi droit à une rente d'invalidité.

6. En conclusion, le recours doit être partiellement admis et la décision sur opposition du 25 août 2009 est réformée en ce sens que S._____ a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents fondée sur un taux d'invalidité de 18%. Elle est confirmée pour le surplus.

7. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il ne sera pas perçu de frais judiciaires. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause et est assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens réduits arrêtés à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et art. 56 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est partiellement admis.

II. La décision attaquée est réformée en ce sens que S._____ a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents fondée sur un taux d'invalidité de 18%. Elle est confirmée pour le surplus.

III. P._____ S.A. versera au recourant S._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Aba Neeman (pour S._____),
- P._____ S.A.,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

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 :