

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 juillet 2011

Présidence de M. JOMINI

Juges : MM. Gerber, juge suppléant et Perdrix, assesseur

Greffière: Mme Favre

Cause pendante entre :

F. _____, à Lausanne, recourant, représenté par **I.** _____, à Lausanne,

et

B. _____ **ASSURANCES SA**, à [...], intimée, représentée par Me Christian Grosjean, avocat, à Genève.

Art. 6 al. 1; art. 18 al.1 ; art. 19 al. 1; art. 24 al. 1 LAA; art. 4 ; art. 8; art. 16 LPGA

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après: l'assuré), né en 1965, travaillait depuis 1989 comme vendeur pour le compte de [...], à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents conformément à la LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents) auprès de B._____ Assurances SA (ci-après: B._____).

Il a été victime d'un premier accident en juillet 1989: il a dû retenir une palette chargée qui glissait d'un monte-charge. Il l'a retenu avec sa tête et ses bras et il s'est probablement produit une distorsion cervicale droite avec des cervicalgies et un syndrome cervical aigu qui a régressé très lentement.

En mai 1990, il a eu un nouvel accident: cette fois en voiture, il a eu un choc frontal. Retenu par la ceinture, il présenta un traumatisme cervical indirect et a eu un traumatisme frontal sans perte de connaissance. Selon un rapport du Dr K._____ du 15 juin 1990, les cervicalgies, qui étaient devenues plus discrètes, intermittentes suite au premier traumatisme, redevenaient importantes et l'assuré se plaignait d'une douleur cervicale fluctuante, parfois très violente, irradiant vers la région temporale droite. Il y avait parfois un phénomène vertigineux lorsque la douleur était intense. De plus il y avait des troubles de la concentration.

Le 12 juillet 1995, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'il roulait à 120-125 km/h selon ses propres déclarations sur l'autoroute et dépassait un véhicule qui dévia vers le centre de la chaussée. Il donna un coup de volant à droite et perdit la maîtrise de son véhicule. Celui-ci effectua une embardée au cours de laquelle il traversa la chaussée, heurta la glissière de sécurité latérale, dévia à gauche, percuta le dispositif de sécurité central et s'immobilisa, en travers de la voie gauche, l'avant dirigé vers le lac. Le rapport médical initial du Dr W._____ constata une fracture non déplacée de l'omoplate

droite, des plaies multiples et une lésion du nerf cubital. Une IRM cervicale n'a pas mis en évidence de lésion traumatique des vertèbres cervicales. Selon le rapport du Dr N._____, radiologue, un CT-scan cérébral du 17 août 1995 ne met pas non plus en évidence de lésions, hormis un important délabrement cutané avec des corps étrangers denses et un hématome.

L'intéressé a repris son travail à 100 % dès le 2 octobre 1995. Par décision du 28 décembre 1995, B._____ a réduit ses prestations en espèces de 15 % pour négligence grave. Cette décision n'a pas été contestée.

Sur le plan de la capacité de travail, l'assuré a été à l'incapacité totale de travail du 12 juillet au 10 septembre 1995, puis il a repris son travail à 50 % à partir du 11 septembre 1995 et enfin à 100 % à partir du 2 octobre 1995.

L'assuré a acquis un certificat fédéral de capacité de vendeur "juste après" avoir été handicapé par l'accident du [...].

Selon un rapport du 3 juin 1997 du Dr R._____, spécialiste FMH en neurologie, l'évolution post-traumatique a été tout à fait favorable, même sur le plan neurologique où la récupération du nerf cubital droit a été assez remarquable. Il n'y a donc pas à son avis de traitement particulier à envisager, notamment en ce qui concerne le nerf cubital droit. En revanche, il était indéniable que l'assuré présentait un certain handicap dû à son traumatisme qui pourtant n'est pas invalidant dans le contexte de son travail de l'époque, mais qui pourrait le devenir ultérieurement si M. F._____ devait à nouveau être confronté à la recherche d'un emploi nécessitant une manutention plus lourde.

Le 2 août 1998, F._____ a été victime d'un nouvel accident de la circulation alors qu'il n'était plus assuré par B._____. Sa voiture a percuté la glissière centrale puis s'est retournée. Il est sorti de la voiture indemne, sans aucune lésion évidente. Quelques heures après cet

accident, il a ressenti une sensation de faiblesse des membres inférieurs avec des douleurs latéro-cervicales gauches irradiant au niveau de l'occiput ipsilatéral. Selon un rapport du Dr R._____, neurologue, du 4 septembre 1998, il y avait un très discret syndrome cervical caractérisé par une contracture ainsi que des douleurs de la musculature paracervicale et de la jonction cervico-occipitale. A son avis, cette atteinte était certainement secondaire à une possible distorsion cervicale ayant eu lieu au cours de l'accident du 2 août 1998. Pour ce qui est de cette sensation d'ébriété et de cette impression subjective de perte de mémoire, le Dr R._____ pensait qu'il fallait l'inclure dans le syndrome post-traumatique, sans que l'on puisse d'emblée incriminer une lésion structurelle au niveau cérébral. Dans son anamnèse, le Dr R._____ signala que "le patient avait déjà présenté des douleurs cervico-occipitales droites suite à son premier accident, en 1995, qui avaient partiellement disparu".

Le 31 mars 1999, F._____ a fait l'objet d'un scan cérébral en raison de céphalées inhabituelles et persistantes. Selon le rapport du Dr U._____, spécialiste FMH en radiologie, il y avait une petite lésion atrophique et séquellaire corticale frontale droite (10 x 5 mm). Autrement, il n'y avait pas de lésion décelable au niveau de l'encéphale.

B._____ a confié une expertise au Dr J._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à Lausanne, qui a rendu son rapport le 1^{er} février 2000. L'expert posa le diagnostic suivant: traumatisme crânio-cérébral avec commotion, plaies multiples de la tête, luxation acromioclaviculaire droite et fracture de l'écaille de l'omoplate droite, section complète du nerf cubital droit dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne avec plaies cutanées délabrées des parties molles, neuropathie séquellaire cubitale du coude droit. Il n'y a pas de cervicalgies. De l'avis du Dr J._____, les plaintes et les troubles constatés ont un rapport certain avec l'accident du 12 juillet 1995. Au terme de son examen, l'expert a conclu à un taux global d'atteinte à l'intégrité de 7,5 %.

Selon un rapport médical du Dr Q._____, neurologue, du 28 avril 2000, l'examen neurologique montrait, outre des séquelles très

modérées d'une neuropathie sensitivo-motrice du nerf cubital droite au coude, un syndrome cervical avec des douleurs à la palpation de la jonction entre l'occiput et la région cervicale haute à droite ainsi que de discrets troubles de la sensibilité superficielle dans le dermatome de C2 à droite. De l'avis du Dr Q._____, l'origine des douleurs était très certainement liée à un problème cervical haut à droite, d'origine traumatique.

Par décision du 4 février 2000, confirmée sur opposition le 6 mars suivant, B._____ a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 6'196 fr. 50 en se fondant sur le taux de 7,5 %, retenu par l'expert, sous déduction de 15 pour-cent (réduction pour négligence grave). L'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud. Par jugement du 29 mars 2001 (AA 55/00-33/2001), le tribunal a partiellement admis le recours et réformé la décision litigieuse en ce sens qu'il a reconnu à l'assuré le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 15 %, soit, après réduction de 15 %, un montant de 12'393 francs. Sur recours de l'assuré, le Tribunal fédéral des assurances a, par arrêt du 5 octobre 2001 (U 188/01), annulé le jugement du 29 mars 2001 et renvoyé la cause au Tribunal des assurances pour instruction complémentaire en relation avec les céphalées et les vertiges.

Une expertise a été confiée par le Tribunal des assurances au Dr G._____, neurologue, qui a rendu son rapport le 21 mai 2002. Ce praticien posa les diagnostics suivants: Status après un polytraumatisme ayant entraîné un traumatisme crânio-cérébral avec commotion cérébrale, des plaies multiples de la tête, une luxation acromio-claviculaire droite avec fracture de l'échelle de l'omoplate droite et une section complète du nerf cubital droit dans la gouttière épitrochléo-olécranienne avec plaie cutanée délabrée des parties molles; un discret syndrome post-commotionnel et après distorsion cervicale persistant; des cervico-céphalalgies post-traumatiques; une neuropathie séquellaire modérée mais assez fortement algique et dysesthésique du nerf cubital au coude droit. Selon le Dr G._____, la petite lésion hypodense corticale frontale droite constatée lors du CT-scan du 31 mars 1999 apparaissait déjà dans

le CT-scan du 12 juillet 1995; comme une telle zone hypodense n'aurait pas pu apparaître immédiatement après l'accident du 12 juillet 1995, il est exclu que cette lésion ait été causée par cet accident. A son avis, il ne fait pas de doute que l'assuré a été victime le 12 juillet 1995 d'un polytraumatisme ayant entraîné un traumatisme crânio-cérébral avec commotion cérébrale et syndrome post-commotionnel (céphalées; vertiges; troubles de la mémoire; etc.), une probable distorsion cervicale (persistance de cervico-céphalalgies), des plaies multiples de la tête, une luxation acromio-claviculaire droite avec fracture de l'écaïlle de l'omoplate droite, une section complète du nerf cubital droit dans la gouttière épitrochléo-olécranienne. Dans les suites de l'accident susmentionné, l'assuré présentait encore lors de l'expertise un syndrome post-commotionnel modéré (céphalées; vertiges; troubles de la mémoire et de la concentration), un syndrome cervical post-traumatique (douleurs de localisation cervico-occipitale droite avec irradiation temporo-pariétale droite intermittente), des douleurs au niveau de l'omoplate droite liées aux conséquences de la luxation acromio-claviculaire, des douleurs au niveau du coude secondairement à l'atteinte du nerf cubital droit et enfin une atteinte sensitivo-motrice modérée séquellaire du nerf cubital droit. Pour l'expert, les troubles et les atteintes constatées dans les suites immédiates de l'accident du 12 juillet 1995 sont en relation de causalité certaine avec l'événement accidentel incriminé tandis que les plaintes et les troubles constatés encore lors de l'expertise doivent être considérés comme en relation de causalité naturelle probable à certaine avec l'événement incriminé. Il conclut à une perte de l'intégrité de 15 % pour les troubles orthopédiques et neurologiques au niveau du membre supérieur droit, à laquelle il faut ajouter une perte de l'intégrité de 10 % pour les cervico-céphalalgies et les sensations vertigineuses, soit en tout une perte de l'intégrité de 25 %. Il n'y avait pas d'incapacité de travail dans la profession exercée en 2002, mais les troubles orthopédiques et neurologiques que présentait encore M. F. _____ au niveau du membre supérieur droit contre-indiquaient effectivement une activité nécessitant l'utilisation répétitive et de force du membre supérieur droit.

Par jugement du 23 novembre 2002 expédié le 15 mai 2003 (AA 85/01 ap. TFA — 26/2003), le Tribunal des assurances a réformé la décision du 6 mars 2000 dans le sens de l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 %, soit de 20'655 francs. Ce jugement est entré en force.

B. Le 24 juillet 2002, l'assuré a requis de B._____ Assurances une décision sur le taux d'invalidité consécutif à l'accident du 12 juillet 1995. Il a rappelé sa demande le 24 septembre 2003 et le 16 février 2004.

Depuis le 24 janvier 2003, F._____ a été déclaré par le Dr S._____, médecine générale, en incapacité totale de travail. Le 1^{er} mai 2003, l'employeur de l'assuré, [...], a résilié les rapports de travail au 31 août 2003 en raison de l'absence d'amélioration quant au respect des dispositions en matière d'annonces d'absence. Par la suite, F._____ a passé une partie de l'examen de chauffeur de taxi. Il exploite depuis l'automne 2010 un restaurant de kebab.

Le 8 avril 2003, l'assureur a informé l'assuré que l'instruction pour une éventuelle rente d'invalidité se ferait dès réception du jugement du Tribunal des assurances. Le 26 juin 2003, l'assureur a requis de l'assuré les informations concernant les employeurs depuis la date de l'accident. L'information lui a été communiquée le 4 juillet 2003. Le 23 octobre 2003, l'assuré a informé l'assureur de son changement de statut professionnel.

Le 15 mars 2004, l'assureur a demandé au conseil de l'assuré, à cette date, Me Thierry Monnet, avocat à Lausanne, de l'informer sur l'activité professionnelle exercée depuis octobre 2003, les revenus réalisés depuis ainsi que les traitements médicaux éventuels subis depuis cette date. L'assuré a répondu par courrier de son nouveau conseil, M. I._____ en date du 20 juillet 2005. Le 30 août 2005, l'assureur a requis les déclarations fiscales et les déclarations AVS pour les années 2000 à 2005. Le conseil de l'assuré a fourni par lettre du 31 mars 2006 les décomptes AVS pour la période 2003 à 2005. Le 8 mai 2006, l'assureur a redemandé

au conseil de l'assuré les déclarations fiscales. Le conseil de l'assuré a transmis par courrier du 12 décembre 2006 les décisions de taxation détaillées pour les années 2003 et 2004 ainsi que la taxation définitive pour la période de 2000 à 2002 en demandant l'accélération de la procédure. Le 31 janvier 2007, l'assureur a requis une entrevue avec l'assuré, laquelle eut lieu le 15 février 2007.

Le conseil de l'assuré a à nouveau demandé le 10 juillet 2007 les raisons pour lesquelles aucune décision n'avait été rendue. Il lui a été répondu que l'assureur attendait encore la comptabilité et la déclaration fiscale 2005. Le 10 juillet 2007, l'assureur a demandé au Dr W._____, qui avait soigné l'assuré en février 2007, des renseignements médicaux. Le Dr W._____ a répondu le 14 août 2007.

Le 25 septembre 2007, l'assureur a proposé à l'assuré la nomination d'un expert neurologue pour l'examiner en lui offrant le choix entre deux noms, le Dr C._____ ou le Dr M._____. Il lui a par ailleurs rappelé être encore dans l'attente de la comptabilité et de la déclaration fiscale 2005. Par courrier du 15 octobre 2007, le conseil de l'assuré a proposé la désignation du service de neurologie du CHUV. Le 30 octobre 2007, l'assureur a rejeté la contre-proposition de l'assuré en le priant de choisir entre les deux experts proposés le 25 septembre 2007. Le 15 novembre 2007, l'assuré a accepté la désignation du Dr C._____, neurologue, tout en demandant de prendre en considération aussi les troubles psychiques. Le 15 novembre 2007, l'assuré a communiqué à l'assureur sa comptabilité et la décision de taxation pour l'année 2005. Le 4 février 2008, l'assureur a désigné le Dr C._____ et annoncé que l'expertise pouvait avoir lieu le 25 juillet 2008. Le 18 février 2008, l'assureur informa l'assuré que le Dr C._____ a refusé la demande d'expertise au motif qu'il avait déjà examiné l'assuré en 1998. Il proposa le choix entre deux nouveaux experts, les Drs L._____ et X._____, spécialistes FMH en neurologie. Le 11 mars 2008, l'assuré a déclaré avoir choisi comme expert le Dr X._____ et demandé l'accélération de la procédure. Par courriel du 7 avril 2008, le conseil de l'assuré a accepté la désignation du Dr L._____ en raison du fait que le Dr X._____ ne faisait

plus d'expertise. Le 11 juillet 2008, le Dr L._____ informa par courriel l'assureur après examen de l'assuré qu'un complément psychiatrique s'imposait. Il suggérait la désignation du Dr H._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Par courriel du 14 juillet 2008, l'assureur proposa la désignation du Dr H._____ en le priant de réagir d'ici au lendemain s'il n'était pas d'accord avec cette désignation.

Le Dr H._____ a rendu son rapport le 14 octobre 2008. L'expert conclut à une anxiété généralisée (F 41.1). Il estima que le lien de causalité naturelle entre l'accident du 12 juillet 1995 et ce trouble psychique n'est que peu probable, car celui-ci est apparu bien après l'accident de 1995 alors que les troubles imputables à l'atteinte cubitale étaient en voie d'amélioration et que le syndrome post-commotionnel devait logiquement être au décours. L'expert est d'avis que le trouble anxieux constaté (anxiété généralisée) peut diminuer temporairement le rendement, par exemple lorsque l'insomnie entraîne une fatigabilité anormale, mais il ne devrait pas entraîner de baisse durable de rendement ni d'incapacité de travail.

Le Dr M._____ a rendu son rapport d'expertise le 3 novembre 2008. Il a posé le diagnostic suivant: status après traumatisme crânio-cérébral et commotion cérébrale le 12 juillet 1995; status après section complète du nerf cubital droit, suturée; status après fracture de l'omoplate droite; luxation acromio-claviculaire droite récidivante; plaies multiples du cuir chevelu; céphalées tensionnelles; suspicion de cupulolithiase gauche pauci symptomatique; vertige. De l'avis du Dr L._____, il est certain que l'expertisé a présenté un traumatisme avec commotion cérébrale dans le cadre de son accident du 12 juillet 1995. Il existe aussi de façon indéniable un état tensionnel parfaitement bien individualisé dans le cadre de contractures musculaires objectivées. La relation de causalité avec l'accident du 12 juillet 1995 aurait pu être rattachée à un syndrome post-traumatique subjectif; or, habituellement ce type de symptômes s'améliore de façon spontanée et disparaît habituellement dans l'espace de deux ans; dans cette optique, d'autres facteurs peuvent être suspectés malgré la négation totale de

l'implication de ceux-ci par l'assuré. En ce qui concerne les phénomènes vertigineux, l'existence d'une cupulolithiase n'est pas confirmée par les tests ni par l'anamnèse; d'autres causes peuvent donc être évoquées notamment des phénomènes neurovégétatifs, hyperventilatoires voire même des attaques de panique. Il est tout à fait certain qu'il existe une impotence liée à la souffrance cubitale. Il existe donc une limitation de ses capacités liées à une impotence de son membre supérieur droit. Dans l'activité professionnelle que l'assuré occupait de par le passé, à savoir la vente au rayon jouets et confection enfants, il n'existait pas d'impotence significative; en revanche, dans le cadre de ses activités professionnelles actuelles, il est fort probable que les phénomènes douloureux, la parésie constatée influent quelque peu sur sa capacité professionnelle. Les céphalées, les phénomènes vertigineux n'engendrent pas d'incapacité de travail significative et pourraient être jugulés par la prise de tricycliques, de myorelaxants ou de séances de physiothérapie. L'expert maintient le taux d'atteinte à l'intégrité de 25 %, estimant que l'éventuelle aggravation de l'état de l'assuré est liée à des causes externes.

Le 27 mars 2009, l'assureur informa le conseil de l'assuré de son intention de rendre une décision de refus de rente. L'assuré a pris position le 28 avril 2009. Le 15 juillet 2009, l'assureur requit encore la comptabilité, les déclarations fiscales ainsi que les relevés AVS des années 2004 à 2008. L'assuré répondit le 29 août 2009 qu'il avait déjà fourni les données concernant les années 2004 à 2006 et annonça une plainte à l'autorité de surveillance. Par courrier du 16 septembre 2009, il remit à l'assureur la décision de taxation, un extrait de comptabilité et une décision de cotisation AVS pour l'année 2007.

Le 10 février 2010, l'assuré déposa une plainte devant l'Office fédéral de la santé publique contre l'assureur pour retard injustifié.

C. Le 29 mars 2010, B._____ Assurances a rendu une décision de refus d'une rente invalidité. Par acte du 28 avril 2010, l'assuré a fait opposition contre cette décision. Par décision du 6 mai 2010, B._____

assurances a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 29 mars 2010. La décision sur opposition du 6 mai 2010 a été notifiée le 11 mai 2010.

D. Par acte du 9 juin 2010, F._____ a déposé devant le Tribunal cantonal un recours contre la décision sur opposition du 6 mai 2010. Il conclut à l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité fixée selon ce que justice dira et à l'octroi d'une indemnité pour retard justifié. Il demande à titre d'acte d'instruction la mise en œuvre d'une expertise relative aux céphalées et vertige de manière à déterminer s'ils ont une influence significative sur sa capacité de gain.

Dans sa réponse du 22 juillet 2010, B._____ Assurances conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Dans sa réplique du 17 septembre 2010, le recourant maintient ses conclusions.

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 [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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 eu égard au domicile du recourant, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La

Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. 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. 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 (art. 4 LPGA).

3. a) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177, consid. 3.1; 402, consid. 4.3.1; 119 V 335, consid. 1; 118 V 286, consid. 1b, et les références).

b) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1 *in limine*). Selon la jurisprudence, 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, consid. 3.2; 402, consid. 2.2; 125 V 456, consid. 5a, et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286, consid. 3a).

c) 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 versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA]; RS 832.201]; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents, art. 21 LAA; TF 8C_269/2008 du 27 octobre 2008, consid. 2.2; 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009, consid. 5.3).

4. a) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées.

Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions 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 (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee, et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc).

Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves"; ATF 130 II 425, consid. 2.1; 122 II 464, consid. 4a; 122 III 219, consid. 3c; 120 Ib 224, consid. 2b; 119 V 335, consid. 3c et la référence).

b) En l'espèce, le recourant ne conteste pas que les expertises des Drs L._____ et H._____ remplissent toutes les conditions pour avoir pleine valeur probante. Il réclame néanmoins l'ordonnancement

d'une expertise judiciaire auprès d'un neurologue afin de déterminer l'influence des céphalées et vertiges chroniques sur sa capacité de travail. Or, cette question est traitée par l'expertise du Dr L._____ qui est lui-même neurologue.

Le recourant est d'avis que son handicap est supérieur à celui estimé par le Dr L._____, car ses céphalées et ses vertiges sont continuellement présents et chroniques et engendrent une incapacité de travail significative. Or, il ne suffit pas pour mettre en question la valeur probante d'une expertise de ne pas partager l'appréciation faite par l'expert. Il n'y a donc pas lieu de donner suite à la demande d'expertise judiciaire.

5. a) Le jugement du Tribunal des assurances du 23 novembre 2002 a accordé au recourant une indemnité pour perte de gain en raison des troubles orthopédiques et neurologiques au niveau du membre supérieur droit ainsi que des cervico-céphalalgies et des sensations vertigineuses. Selon l'expertise judiciaire du Dr G._____ sur laquelle le Tribunal des assurances s'est fondé, les cervico-céphalalgies et vertiges sont, conjointement à des troubles de la mémoire et de la concentration, l'expression d'un syndrome post-commotionnel modéré et sont des conséquences probables de l'accident du 12 juillet 1995. Vu que l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité présuppose une atteinte importante et durable à l'intégrité physique, mentale ou psychique et qu'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 (art. 24 al. 1 LAA et 30 al. 1 OLAA), il découle de l'octroi de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité que le lien de causalité entre l'accident du 12 juillet 2007 et les troubles orthopédiques et neurologiques au niveau du membre supérieur droit ainsi que les cervico-céphalalgies et les sensations vertigineuses a été reconnu par une décision judiciaire entrée en force.

b) Selon l'expertise du Dr L._____, les céphalées sont « plutôt » liées à un état tensionnel parfaitement bien individualisé dans le

cadre de contractures musculaires objectivées. A son avis, les céphalées liées à un syndrome post-traumatique s'améliorent usuellement de façon spontanée et disparaissent habituellement dans l'espace de deux ans; dans cette optique, d'autres facteurs peuvent être suspectés malgré la négation totale de l'implication de ceux-ci par l'assuré. Cette appréciation du Dr L. _____ ne suffit pas pour remettre en cause le lien de causalité naturelle reconnu par le Tribunal des assurances dans son jugement du 23 novembre 2002. Le Dr L. _____ n'exclut d'ailleurs pas que les céphalées soient au moins partiellement dues à une cause accidentelle, parallèlement à la causalité liée à l'état tensionnel. Or, il ne serait pas nécessaire pour admettre la causalité naturelle que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. De plus, le Dr L. _____ n'explique pas pourquoi le syndrome commotionnel modéré constaté en mai 2002, soit sept ans après l'accident, par l'expertise judiciaire ne serait plus pertinent.

L'expertise du Dr L. _____ questionne aussi le lien de causalité entre les troubles vertigineux et l'accident du 12 juillet 1995. En effet, elle relève que des manœuvres de provocation lors de l'examen n'ont fait apparaître aucun trouble de l'oculomotricité constaté et que l'examen neurologique ne met en évidence aucun élément pouvant témoigner d'une atteinte cérébelleuse, du tronc cérébral ou de nature hypotensive. En conséquence, de l'avis du Dr L. _____, les troubles vertigineux pourraient entrer dans un contexte neurovégétatif ou dans le cadre d'une cupulolithiase fruste pauci symptomatique. Or, l'existence d'une autre explication possible aux troubles vertigineux ne suffit pas pour remettre en cause le lien de causalité naturelle reconnu par le Tribunal des assurances dans son jugement du 23 novembre 2002.

On peut en revanche se demander si le rapport de causalité naturelle constaté par le Dr G. _____ en 2002 en raison du syndrome post-commotionnel vaudrait également pour une aggravation ultérieure des céphalées et des vertiges, telle que le recourant soutient en substance qu'elle s'est produite lors de son licenciement. Le point peut toutefois

demeurer ouvert, car une éventuelle aggravation n'entraînerait pas, comme nous le verrons, une incapacité de travail nouvelle.

c) Selon l'expertise du Dr H._____, le recourant souffre d'une anxiété généralisée (F 41.1) dont le lien de causalité naturelle avec l'accident du 12 juillet 1995 n'est que peu probable, car ce trouble est apparu bien après l'accident de 1995 alors que les troubles imputables à l'atteinte cubitale étaient en voie d'amélioration et que le syndrome post-commotionnel devait logiquement être au décours. Le recourant ne conteste pas cette appréciation de l'expert. Il en découle que ce trouble anxieux n'est pas en lien de causalité avec l'accident du 12 juillet 1995.

6. 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). Est réputée incapacité de gain 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

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

Tant le Dr [...] en février 2000 que le Dr G._____ en 2002 avaient constaté qu'aucun traitement médical ne pouvait plus apporter une amélioration sensible de l'état de santé du recourant. Selon le Dr L._____, l'utilisation de tricycliques et une prise en charge psychothérapeutique pourraient améliorer le seuil de sensibilité à la douleur du recourant. Or, il s'agit de mesures symptomatiques de la douleur, de sorte que ces améliorations éventuelles ne peuvent pas être

considérées comme des améliorations sensibles de l'état de santé du recourant au sens de l'art. 19 al. 1 LAA. Certes, le Dr L. _____ envisage aussi une transposition du nerf cubital au coude qui pourrait être discutée compte tenu de l'existence d'une sensibilité à la pression à ce niveau. Le Dr L. _____ relève toutefois qu'il faudrait tenir compte du fait que la repousse nerveuse s'est faite de façon exceptionnellement bonne dans son cas, ce qui devrait être pondéré avec les plaintes du recourant. Comme le recourant ne prétend pas à une reprise du traitement médical, on peut admettre que ce traitement n'entre pas sérieusement en ligne de compte. Selon l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 5 octobre 2001 (consid. 4.b), le traitement médical était achevé avant mars 2000. Selon un rapport de la permanence de Longeraie du 11 septembre 2000, le recourant a encore été opéré le 13 avril 2000 pour lui retirer un fragment de verre dans la tempe droite; le traitement était achevé le 4 mai 2000. Il en découle qu'aucune amélioration sensible de l'état de santé du recourant n'entraîne plus en ligne de compte après cette date, de sorte qu'un éventuel droit à la rente serait né au plus tard à ce moment-là.

8. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité.

Le revenu que pourrait réaliser l'assuré sans invalidité est en principe établi sans prendre en considération les possibilités théoriques de développement professionnel ou d'avancement, à moins que des indices concrets rendent très vraisemblable qu'elles se seraient réalisées. Cela pourra être le cas lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances dans ce sens. En revanche, de simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas;

l'intention de progresser sur le plan professionnel doit s'être manifestée par des étapes concrètes, telles que la fréquentation d'un cours, le début d'études ou la passation d'examens (ATF 96 V 29, RAMA 2006 no U 568 p. 67 consid. 2).

Si le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidé 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; ATF128 V 29 consid.1 p. 30; 104 V 135 consid.2a et 2b p. 136; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348). Dans ce contexte, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner 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. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475; 126 V 75 consid. 3b/aa p. 76).

Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidé, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGA; art. 28a al. 2 LAI [pour la période antérieure au 1er janvier 2008: art. 28 al. 2bis LAI] et art. 27 RAI), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation). La différence fondamentale entre cette procédure et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une

certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30; 104 V 135 consid. 2 p. 136; arrêts I 432/97 du 30 mars 1998 consid. 2b, in VSI 1998 p. 257, et I 83/97 du 16 octobre 1997 consid. 1a, in VSI 1998 p. 121).

9. Lors de la naissance éventuelle d'un droit à la rente au plus tard en mai 2000, le recourant continuait à exercer la profession de vendeur qu'il avait lors de l'accident du 12 juillet 1995. Selon le recourant, son employeur avait modifié sa place de travail suite à l'accident du 12 juillet 1995 en le plaçant au rayon jouets et confection enfants. Il ne prétend toutefois pas que cela aurait entraîné une perte de revenu par rapport à son gain antérieur à l'accident. Il soutient en revanche avoir déjà eu à l'époque une perte de gain dans la mesure où son « avenir économique » était atteint par « l'atteinte à l'intégrité corporelle »; à son avis, il faudrait aussi tenir compte de la diminution de ses chances d'avancement, du fait d'être préterité sur le marché du travail, du fait que le gain augmenterait moins que s'il n'avait pas eu d'accident et de la limitation du choix d'un métier. Or, il s'agit là que de possibilités théoriques de développement professionnel ou d'avancement, sans que des indices concrets rendent très vraisemblables qu'elles se seraient réalisées. Il en découle que le revenu obtenu par le recourant dans son activité de vendeur lors de la naissance du droit éventuel à la rente – soit 47'105 francs dans l'hypothèse d'une naissance du droit en 2000 – équivaut ainsi au revenu hypothétique de valide.

10. a) Lorsque l'assuré a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner 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. Si ces conditions sont

réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475; 126 V 75 consid. 3b/aa p. 76).

b) Selon le Dr G._____, les troubles orthopédiques et neurologiques au niveau du membre supérieur droit contre-indiquent une activité nécessitant l'utilisation répétitive et de force du membre supérieur droit, mais il n'y avait pas d'incapacité de travail dans la profession exercée lors de l'expertise en 2002. Selon le Dr L._____, il existe une impotence liée à sa souffrance cubitale; les mouvements de pince sont plus difficiles et peuvent limiter le recourant dans des activités de manipulation fine; il n'y avait en revanche pas d'impotence significative dans la profession de vendeur au rayon jouets et confection enfants.

c) Depuis octobre 1995, le recourant a repris sa profession de vendeur et l'a exercée pendant près de huit ans, soit bien après la fin du traitement médical. Même si le recourant soutient avoir dû accomplir des efforts énormes et extraordinaires pour combler son handicap et continuer à exercer sa profession, on doit admettre au regard de la durée de l'exercice de la profession après l'accident qu'il s'agissait d'une activité stable qui mettait pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle résultant des troubles orthopédiques et neurologiques et lui procurait un gain correspondant au travail effectivement fourni.

Le recourant soutient que les céphalées et les vertiges l'ont empêché d'exercer régulièrement son activité professionnelle, ce qui aurait entraîné son licenciement. Or, il ne fournit pas d'indication démontrant que tel était déjà le cas en mai 2000 ou auparavant. De plus, selon l'expertise du Dr G._____ de mai 2002, le recourant n'avait pas d'incapacité de travail liée aux céphalées et vertiges. Il faut donc prendre comme revenu d'invalidé le revenu obtenu dans la profession de vendeur en mai 2000.

d) Il découle de ce qui précède que, lors de la naissance éventuelle du droit à la rente, au plus tard en mai 2000, le revenu

d'invalidé était identique au revenu hypothétique de valide. Il n'y avait donc aucune invalidité.

11. Le recourant fait valoir en substance que son état s'est aggravé ultérieurement.

a) S'agissant des limitations dues aux troubles orthopédiques et neurologiques au niveau du membre supérieur droit, si l'expertise du Dr L._____ a constaté la persistance des phénomènes paresthésiques et dysesthésiques notamment au contact du coude, elle a confirmé l'amélioration constatée pour la première fois par le Dr G._____. Le recourant ne le conteste pas. Il en découle que, du point de vue des troubles orthopédiques et neurologiques au niveau du membre supérieur droit, le recourant serait encore en mesure d'exercer avec une pleine capacité de travail la profession de vendeur qu'il a exercé jusqu'en 2003.

Selon le Dr L._____, l'incapacité de travail dans la profession actuelle pour les troubles orthopédiques et neurologiques devrait se chiffrer à 20 % au maximum. Or, le principe de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités) commande à un assuré de mettre sa capacité de gain résiduelle à profit en accomplissant une activité lucrative compatible avec son état de santé. Lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré (in casu, la capacité de travail a été fixée à au moins 80 % dans une activité de restaurateur, et à 100 % dans une activité adaptée), celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances objectives et subjectives du cas concret, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (arrêt 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.3 et les références; 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.3 et les références). Même si le recourant avait utilisé son deuxième pilier pour reprendre le restaurant de kebab, comme il le soutient, cela ne suffirait pas pour justifier la renonciation à l'exigence d'opter pour une activité adaptée qui mettrait pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle.

Le recourant ne peut donc pas se prévaloir de l'incapacité partielle de travail dans sa profession actuelle de restaurateur et de la nécessité qu'il a de recourir à du personnel pour la compenser, dès lors qu'il lui serait possible d'exercer à nouveau avec une pleine capacité de travail la profession de vendeur d'une manière conforme aux limitations dues aux atteintes du membre supérieur droit (pas d'utilisation répétitive et de force du membre supérieur droit).

b) S'agissant des céphalées et des vertiges, le recourant avait affirmé lors de l'expertise du Dr G._____ en mai 2002 que ces atteintes à la santé l'obligeaient à s'absenter souvent de son travail. 15 jours d'absences avec certificat médical ont été enregistrés en 2001 et 31 jours en 2002. Il y eut ensuite une période d'incapacité de travail de 3 mois entre le 29 janvier et le 30 avril 2003. Le recourant soutient que cela correspondait à une aggravation des céphalées et des vertiges. Or, les demandes de décision du conseil du recourant entre 2002 et 2004 concernant la rente invalidité ne signalent aucune aggravation de la santé du recourant en relation avec les séquelles de l'accident du 12 juillet 1995. De toute façon, ce point peut rester ouvert, car on peut constater que la situation a changé de manière importante depuis que le recourant est devenu indépendant: lors de l'entretien avec le Dr L._____, le recourant a déclaré avoir travaillé sept jours sur sept dans son entreprise depuis son ouverture en automne 2003 et n'avoir pas eu de vacances depuis là. Les céphalées et vertiges n'ont ainsi manifestement pas entraîné de périodes d'incapacité totale de travail depuis l'automne 2003.

Selon l'expertise du Dr L._____, les céphalées et les phénomènes vertigineux n'engendrent pas d'incapacité de travail significative et pourraient être jugulés par la prise de tricycliques, de myorelaxants ou de séances de physiothérapie. Cet avis confirme celui du Dr G._____, selon lequel il n'y avait pas d'incapacité de travail dans la profession exercée à l'époque. Le recourant conteste cette appréciation en estimant que ses céphalées et ses vertiges sont continuellement présents et chroniques et engendrent une incapacité de travail significative. Or,

l'appréciation subjective par l'intéressé ne suffit pas pour l'emporter sur celle faite par l'expert. D'autre part, l'affirmation de la présence permanente et chronique de vertiges est contredite par les déclarations du recourant devant le Dr L._____. En effet, dans l'anamnèse, le Dr L._____ relève que les vertiges se produisent une à deux fois par semaine et sont caractérisés par une sensation d'ébriété, d'instabilité durant environ 5 à 10 minutes. Quant aux céphalées, le recourant avait admis lors de l'entretien avec le Dr L._____ qu'elles n'entraînaient ni nausée, ni vomissement, ni intolérance au bruit ou à la lumière, mais qu'elles l'obligeaient simplement à rester tranquille, à boire un verre d'eau et à attendre que cela passe. Cela étant, la conclusion du Dr L._____ que les vertiges et les céphalées n'engendrent pas d'incapacité de travail significative est convaincante.

c) Il découle de ce qui précède que l'évolution depuis la naissance éventuelle d'un droit à la rente n'entraîne pas une incapacité de travail nouvelle. Dans la mesure où le recourant est apte à reprendre sa profession de vendeur à plein temps, le revenu d'invalidé peut être évalué à 100% du revenu de valide (TF arrêt 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid 6.2 et 6.3). La demande d'octroi d'une rente pour invalidité doit donc être rejetée.

12. Le recourant se plaint d'un retard injustifié dans le traitement de son dossier par l'intimée.

a) En vertu de l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale du 18 avril 1999, RS 101), toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable (ATF 134 I 229 consid. 2.3). Cette disposition prohibe le déni de justice formel, qui peut prendre la forme d'un retard à statuer ou d'un refus de statuer (ATF 117 la 116 consid. 3a, 107 lb 160 consid. 3b et les références citées). Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi

ou au-delà de tout délai raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1 et les références citées, 130 I 312 consid. 5.1).

Selon la jurisprudence, le caractère raisonnable ou approprié du délai s'apprécie au regard de la nature de l'affaire et de l'ensemble des circonstances; une évaluation globale s'impose généralement. Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes (ATF 130 I 312 consid. 5, 125 V 188 consid. 2a et TF 8C_613/2009 du 22 février 2010, consid. 2.2). A cet égard, il appartient, d'une part, au justiciable d'entreprendre certaines démarches pour inviter l'autorité à faire diligence, notamment en incitant celle-ci à accélérer la procédure ou en recourant pour retard injustifié. D'autre part, si on ne saurait reprocher à l'autorité quelques « temps morts », qui sont inévitables dans une procédure, elle ne peut invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur excessive de la procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.2 p. 332 et les références).

En droit des assurances sociales, la procédure de première instance est par ailleurs gouvernée par le principe de célérité. Ce principe est consacré à l'art. 61 let. a LPGA qui exige des cantons que la procédure de recours soit simple et rapide; il constitue l'expression d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 110 V 54 consid. 4b p. 61).

b) En l'espèce, on peut constater qu'entre la notification de la décision du Tribunal des assurances en mai 2003 et l'ouverture de la procédure de désignation d'un expert le 25 septembre 2007 (soit 4 ans et 4 mois), l'assureur a limité l'instruction essentiellement à la requête de documents concernant les revenus de l'assuré. Il n'empêche que le recourant n'a répondu à la première demande de renseignement du 15 mars 2004 que 16 mois plus tard, soit le 25 juillet 2005, probablement en raison d'un changement de conseil pendant cette période. De même, il n'a fourni les derniers des documents requis le 30 août 2005 par l'assureur que le 15 novembre 2007, soit plus de deux ans plus tard.

Probablement ce dernier retard était dû au fait qu'au lieu de remettre la déclaration fiscale pour l'année 2005 que l'assureur requérait, le recourant a produit la décision de taxation dont il n'a disposé que bien plus tard. Même si une partie des documents requis le 30 août 2005 était manifestement inutile (les déclarations fiscales et décomptes AVS pour les années 2000 à 2002 alors qu'il ressortait clairement du dossier que l'assuré était salarié à plein temps pendant ces années et donc que l'assureur devait établir le revenu en s'adressant à l'employeur), le comportement du recourant a notablement contribué à ralentir le déroulement de la procédure pendant cette période.

S'agissant de la période entre la remise de la dernière expertise en novembre 2008 et la décision en mars 2010, on peut reprocher à l'assureur d'avoir tardé à statuer. Celui-ci a en effet pris quatre mois pour communiquer au recourant les expertises avec un préavis. Deux mois et demi après la prise de position de l'assuré, l'assureur a requis en juillet 2009 la production de documents comptables et fiscaux pour les années 2004 à 2008 alors qu'il disposait déjà dans son dossier de ceux relatifs aux années 2004 et 2005. De plus, au regard de l'argumentation annoncée dans le préavis de mars 2009 et reprise dans la décision du 29 mars 2010 qui repose sur la pleine capacité de travail du recourant dans son activité antérieure de vendeur, on peut s'interroger sur la nécessité de poursuivre l'instruction sur les revenus effectifs du recourant entre 2006 et 2008 dans son activité de restaurateur.

c) Cela étant, la sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime, même si cette constatation peut également jouer un rôle sur la répartition des frais et dépens, dans l'optique d'une réparation morale (ATF 130 I 312 consid. 5.3 p. 333, 129 V 411 consid. 1.3 et les références p. 417).

En l'espèce, la reconnaissance par la Cour de céans d'un dépassement par l'assureur du délai raisonnable pour statuer constitue

une réparation suffisante au regard de l'ensemble des circonstances du cas, notamment de l'existence d'une faute concommittante de l'assuré.

13. Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté dans le sens des considérants.
- II. La décision sur opposition rendue le 6 mai 2010 par B. _____ Assurances SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière:

Du

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

- M. I. _____ (pour M.F. _____)
- Me Christian Grosjean (pour B. _____ Assurances SA)
- 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 :