

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juin 2019

Composition : M. NEU, président
MM. Reinberg et Perreten, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Me Pierre Seidler, avocat à Delémont,

et

Q._____, à Lausanne, intimée.

Art. 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille, depuis le [...], pour le compte de la société B._____ SA, à [...] ([...]), dont il est administrateur et président directeur général. Il est assuré à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de Q._____ (ci-après : la Q._____ ou l'intimée).

Le 23 novembre 2011, l'assuré a été victime d'un grave accident de voiture (choc frontal avec un camion de l'armée qui lui a coupé la route). Atteint à plusieurs parties du corps (fractures multiples), il a séjourné, du 23 novembre 2011 au 12 janvier 2012, dans le service [...] du [...] ([...]), à [...], date de son transfert à l'Hôpital [...] (rapport de sortie non daté du Professeur A._____, médecin-chef du service [...] au [...]).

La Q._____ a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières.

Les traitements médicaux ont été prodigués, au long cours ; l'incapacité de travail dans l'activité habituelle, attestée par la Dresse N._____, médecin traitant, est passée de 100 à 80 % en décembre 2013, à 50 % en janvier 2014, à 30 % en mars, puis à 20 % à compter d'avril 2014.

Le 20 juillet 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations AI (mesures professionnelles et/ou rente) pour adultes en raison des atteintes à la santé causées par l'accident du 23 novembre 2011. Après avoir recueilli les renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assuré, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a requis l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR). Dans un rapport médical du 13 septembre 2013, indiquant en tant qu'atteinte principale à la santé un status post polytraumatisme ostéo-articulaire par accident sur la voie publique, le Dr G._____, spécialiste en médecine du travail, a

notamment retenu une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle « au moins depuis le 1^{er} octobre 2012 », et totale dans une activité adaptée, dès le 7 mars 2013, respectant les limitations fonctionnelles (à savoir : inapte à exercer une activité uniquement debout, déplacements en terrain irrégulier, travail bras au-dessus de la tête, mouvements répétitifs du coude gauche, accroupi ou à genoux, travail en hauteur et port de charges).

Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, l'OAI a mis en œuvre une enquête économique pour les indépendants, effectuée le 16 janvier 2014. Dans son rapport du 17 janvier 2014, l'enquêteur a confirmé la reprise du travail à 50 % et que moyennant des modifications internes quant à l'activité de l'entreprise (avec des répartitions de tâches), une reprise à 100 % était envisagée pour la fin du mois de février 2014. L'assuré n'ayant pas requis de mesures d'ordre professionnel et sans qu'une réorientation ne fût de mise, l'OAI, par son service de réadaptation, en a conclu que son intervention ne se justifiait plus et mis un terme à son mandat (« REA - Rapport initial » du 17 janvier 2014).

De son côté, la Q. _____ a confié une expertise partielle du cas au Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, qui, après avoir examiné l'assuré le 5 avril 2014, a rendu son rapport le 22 juillet 2014, dont on extrait notamment ce qui suit :

“3. Quelles sont exactement les séquelles de l'accident du 23.11.2011 du point de vue respiratoire ?

Au niveau pulmonaire, il n'y en a aucune. Au niveau de la perméabilité des voies respiratoires supérieures diurnes, il n'y en a aucune, alors qu'au plan nocturne, il est possible qu'il y ait une aggravation d'un syndrome d'apnées au sommeil qui était probablement préexistant.

4. Quelle est l'origine des troubles actuels ? Sont-ils dus de façon au moins probable à l'accident du 23.11.2011 ?

Le patient présente une prédisposition pour développer un syndrome d'apnées du sommeil : surcharge pondérale, macroglossie, ouverture pharyngée selon Mallampati de stade III, selon les observations du Docteur M. _____ du 27 août 2000. En raison d'une plainte de fatigue diurne et d'une notion de ronflement

sévère, ce spécialiste a demandé que soit réalisée une polygraphie nocturne. Cet examen n'a pas eu lieu.

Actuellement, lorsque le patient a repris son activité professionnelle, il a constaté une somnolence qui était nettement plus sévère que celle objectivée en 2009 et il semble, selon sa compagne, que le ronflement soit devenu plus important et les apnées plus évidentes. On peut donc considérer que l'accident du 23.11.2011, la longue hospitalisation et les grandes variations de poids qui ont suivi cette hospitalisation, ont pu jouer un rôle aggravant.

5. Des facteurs étrangers à l'accident du 23.11.2011 jouent-ils un rôle dans l'atteinte à la santé actuelle ? Si oui, lesquels et dans quelles mesures ?

A l'exception des grandes variations pondérales et le vieillissement du patient depuis l'examen du 23 février 2009, il n'y a pas de facteur étranger influençant la respiration de Monsieur Z._____.

6. Un traitement médical motivé uniquement par les conséquences de l'accident du 23.11.2011 est-il encore à prévoir ? Si oui, lesquels et pour quelle durée ?

Le patient devra poursuivre son traitement à l'aide d'un appareil CPAP [Continuous Positive Airway Pressure]. Ce sera un traitement à vie, à moins d'une perte de poids substantielle. Il est aussi possible que les techniques de traitement varieront au cours des années à venir et qu'une autre thérapie puisse être proposée.

7. Compte tenu de vos réponses aux questions 4 et 5, devons-nous assumer la prise en charge de l'appareillage ?

Même si le patient était déjà suspect de présenter un syndrome d'apnées du sommeil avant l'accident, il est indéniable que la symptomatologie et donc probablement la gravité du syndrome se sont aggravées depuis l'accident. Le patient n'éprouvait pas le besoin de se traiter jusqu'ici, alors que le traitement est devenu indispensable depuis l'accident. Il est donc logique que la Q._____ prenne en charge le traitement par CPAP.

8. L'affection respiratoire limite-elle la capacité de travail ? Si oui, dans quelle mesure et pour quelle durée ?

Non traitée, l'affection respiratoire limiterait la capacité de travail. Sous traitement, la capacité de travail n'est pas limitée par le syndrome d'apnées du sommeil.

9. Compte tenu de vos réponses aux questions susdites, quel est le taux d'incapacité de travail raisonnablement exigible au regard de l'affection respiratoire ?

Traité par CPAP, le syndrome d'apnée du sommeil n'entraîne pas de diminution de la capacité de travail. [...]"

A la demande de la Q._____, une expertise pluridisciplinaire (de chirurgie orthopédique, oto-rhino-laryngologie [ORL], ophtalmologie et angiologie) a été confiée au J._____ SA (ci-après : le J._____), à [...]. Effectuée par les Drs T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et E._____, spécialiste en ORL

et en chirurgie cervico-faciale, l'expertise se fonde sur quatre examens cliniques (pratiqués les 1^{er}, 4, 18 et 23 septembre 2014) ainsi que sur le dossier médical mis à la disposition des experts. Etabli en consilium, leur rapport de synthèse rendu le 5 février 2015 résume les pièces médicales et administratives versées au dossier, comprend l'anamnèse, rapporte les plaintes, relate l'évolution de l'assuré avec le résultat des thérapies suivies, et rend compte du status clinique ainsi que des examens complémentaires pratiqués (bilan radiologique [des genoux et du coude gauche], rapport médical et photos). Ces experts ont posé les diagnostics suivants :

"Ophtalmologique

Trois ans après la fracture du plancher de l'orbite gauche, ce patient présente les problèmes neuro-ophtalmologiques suivants :

- Xérophtalmie relative de l'œil gauche symptomatique (problème mécanique lié au déplacement du globe oculaire)
- Hypoglobie gauche persistante
- Diminution de l'élévation de l'œil gauche symptomatique dans le regard vers le haut (diplopie Verticale)
- Hypoesthésie du V2 gauche
- Affaissement de la pommette gauche

Angiologique

- Status après thrombose veineuse profonde poplitée et jambière gauche, sans séquelles significatives

ORL

- Déformation nasale post-traumatique
- Syndrome des apnées obstructives du sommeil

Orthopédique

- Fracture ouverte du fémur distal gauche
- Fracture du plateau tibial externe du genou gauche
- Fracture du plateau tibial externe du genou droit
- Fracture complexe de l'humérus distal gauche
- Fracture du mur postérieur du cotyle gauche
- Fracture de la tête du péroné gauche
- Fracture sous capitale des 2^{ème} et 3^{ème} métatarsiens droits
- Luxation métatarso-phalangienne du 1^{er} rayon droit"

Au titre de leur synthèse et discussion du cas, les experts ont notamment retenu les éléments suivants :

"Situation actuelle et conclusions :
Ophtalmologie :

L'accident a résulté en une fracture du plancher de l'orbite, qui a nécessité une correction chirurgicale, et il existe encore aujourd'hui des séquelles de ce traumatisme et de cette opération (hypoglobie gauche, limitation de l'élévation de l'œil gauche, asymétrie des fentes palpébrales).

Monsieur Z. _____ présente donc des symptômes de xérophtalmie relative de l'œil gauche, en rapport avec l'anatomie remaniée de l'orbite et des paupières gauches.

Il présente aussi une diplopie verticale qui est manifeste dans le regard vers le haut à partir de 15-20° d'excentricité.

Il se plaint [du] changement rapide de réfraction (astigmatisme myopique).

L'importante fatigabilité et les problèmes de déplacement dans les escaliers notamment justifient une diminution de rendement de 20% sur un plein temps.

Angiologie : Monsieur Z. _____ se plaint d'un œdème actuellement modéré des membres inférieurs, prédominant en fin de journée, ne nécessitant plus le port d'une contention élastique depuis cette année.

Il présente aussi des douleurs au niveau des deux mollets à type de contracture après quelques minutes de station debout.

Monsieur Z. _____ a présenté un épisode unique de thrombose veineuse profonde poplitée et jambière gauche le 25.01.11, probablement favorisée par l'entorse du 14.11.10, guérie sans séquelles significatives et sans rapport avec le polytraumatisme du 23.11.11 puisque cette thrombose est antérieure.

Il n'y a pas eu de récurrence thrombotique par la suite sous thromboprophylaxie adéquate jusqu'au début de cette année. L'examen angiologique de ce jour n'objective qu'un discret œdème de la cheville gauche, sans syndrome post-thrombotique ni séquelles significatives du réseau veineux profond à l'écho-doppler. Le réseau veineux est complètement reperméabilisé, sans reflux ni remaniement séquellaire significatif. Il n'y a pas de status variqueux ni d'insuffisance veineuse. L'examen du membre inférieur droit est par ailleurs tout à fait normal.

On peut donc en conclure qu'il n'y a actuellement plus de trouble veineux susceptible d'expliquer ou de contribuer aux plaintes actuelles de l'expertisé.

La capacité de travail est complète en temps et rendement.

ORL : en 2009, un rapport mentionne une ronchopathie bruyante, Monsieur Z. _____ pesait alors 117 kg pour 192 cm, le BMI étant de 31,7. L'expertisé pesait 122 kg immédiatement avant l'accident selon le Dr D. _____. Sa ronchopathie était certainement due à son poids, mais il n'y avait apparemment pas d'apnées associées, ni de traitement mis en place.

Le Dr D. _____ écrit dans son expertise de juillet 2014 que *depuis son retour à domicile, le ronflement semble beaucoup plus sévère qu'avant l'hospitalisation et sa compagne signale des arrêts respiratoires. Le patient a pourtant perdu du poids durant son séjour hospitalier, puisqu'il ne pèse que 105 kg à la sortie. Malheureusement, en raison de son inactivité physique durant sa convalescence, le poids monte à 130 kg pour se stabiliser actuellement à 120 kg.*

Un élément essentiel de l'examen ORL actuel est la présence d'une déformation des valves nasales externes, créant une sténose à l'inspiration. Cette déformation est de toute évidence la conséquence de l'accident du 23 novembre 2011. Malheureusement, l'opération du 26 décembre 2012, n'a pas permis d'améliorer la perméabilité nasale.

Dans une telle situation, seul un traitement par pression nasale positive (CPAP) permet d'améliorer la perméabilité nasale durant le sommeil. Chez cet assuré, le CPAP est très efficace, et devra être probablement utilisé à vie.

En conclusion, le syndrome d'apnées obstructives a très vraisemblablement été aggravé par la déformation nasale post-traumatique (sténose des valves nasales), de manière irréversible. On peut reconnaître comme vraisemblable que ce syndrome soit à l'origine d'une diminution de rendement qui est déjà inclus[e] dans l'appréciation ophtalmologique, soit une diminution de rendement de 20% dans une activité à plein temps.

Orthopédie :

Status après fracture du cotyle gauche non déplacée avec absence de limitation fonctionnelle de la hanche gauche et aucune plainte au moment de l'expertise.

Fracture ouverte complexe Gustillo 2 de l'humérus distal gauche traitée par ostéosynthèse avec, comme séquelle, un enraidissement et perte de 30° d'extension et 20° de flexion de ce coude gauche.

Fracture ouverte type Gustillo 2 du fémur distal gauche et fracture du plateau tibial externe gauche type Schatzker IV associée à une fracture de la tête du péroné gauche, bonne récupération fonctionnelle pour les dégâts initiaux, reste un petit flexum de 5° et une limitation de 5° de la flexion, petite décoaptation du ligament latéral interne en valgus à 20° de flexion.

Fracture du plateau tibial externe droit type Schatzker II également traitée chirurgicalement avec bonne récupération, hormis un petit flexum de 5 degrés.

Enfin, fracture sous capitale des 2^{ème} et 3^{ème} métatarsiens droits qui ont été embrochés transitoirement et luxation de la métatarso-phalangienne 1 du pied droit réduite, évolution favorable puisque au moment de l'expertise, les deux pieds présent[ent] un hallux valgus modéré symétrique et les orteils mineurs présentent un début de déformation en marteau, déformation qui n'est pas plus marquée à droite qu'à gauche.

Sur le plan radiologique, la situation au moment de l'expertise est la suivante :

- Arthrose huméro-cubitale coude gauche.
- Gonarthrose fémoro-tibiale bilatérale modérée.

Sur le plan professionnel, Monsieur Z. _____ a actuellement repris la direction de son entreprise de fabrique de [...], son entreprise compte 70 employés, il arrive à mener la direction de cette entreprise mais avec ce qu'il considère comme des limitations, il se sent fatigué, a parfois des douleurs qui le limitent, la montée et la descente des escaliers est pénible, en conséquence de quoi, il estime que sa capacité de travail est de 80 % de ce qu'elle était avant l'accident, ce qui correspond à notre appréciation en considérant le temps et le rendement.

Sur le plan objectif, les limitations du coude et des deux genoux constatées sur le plan orthopédique au moment de l'expertise, ne doivent pas limiter une activité de direction, mais il est clair que la montée et la descente des escaliers s'effectuent très vraisemblablement avec un certain ralenti en raison des douleurs.

La douleur à la mise à genoux est une situation clairement explicable objectivement, mais la mise à genoux dans le cadre professionnel nous apparaît limitée comme directeur d'entreprise.

Au vu des fracas de départ des membres inférieurs et du coude gauche, la situation au moment de l'expertise doit être considérée comme favorable malgré ses séquelles.

Néanmoins, il faut tenir compte qu'il s'agit de fractures intra-articulaires et qu'à l'avenir, tant le coude gauche que les deux genoux, pourraient présenter une aggravation de l'arthrose justifiable de traitements ultérieurs."

En réponse aux questions qui leur avaient été posées, les Drs T. _____ et E. _____ ont indiqué que la causalité des troubles diagnostiqués avec l'accident (aux plans ophtalmologique, ORL [syndrome des apnées obstructives du sommeil notamment] et orthopédique) est donnée pour certaine, et que le *statu quo ante* ne sera jamais atteint (R. 5 et 8 en pages 16 - 17 du rapport). A leurs yeux, l'état de santé était stabilisé, mais avec une possible péjoration ophtalmologique (de la xérophtalmie ou apparition de la diplopie) et orthopédique (gonarthrose et arthrose du coude gauche ; R. 13 et 14 en pages 18-19 du rapport). Les experts ont retenu une capacité de travail totale dans l'activité habituelle d'entrepreneur, avec une diminution de rendement de 20 % pour tenir compte des limitations (à savoir, la fatigabilité [notamment en raison des problèmes ophtalmiques et des apnées obstructives du sommeil] ainsi que

les déplacements [marche et usage des escaliers limités en raison des douleurs aux jambes] ; R. 11 et 15 à 17 en pages 18-19 du rapport). Enfin, les séquelles de l'accident justifiaient, à dire d'experts, une indemnité pour atteinte à l'intégrité globale de 60 % (xérophtalmie symptomatique [5 %] + diplopie dans le regard vers le haut [5 %] + dommages esthétiques [10 %] + arthrose modérée du genou droit [10 %] + arthrose modérée du genou gauche [10 %] + arthrose avancée huméro-cubitale du coude gauche [15 %] + syndrome des apnées du sommeil [5 %]), une aggravation possible de l'arthrose aux trois niveaux ayant été relevée (R. 18 en page 19 du rapport).

La Q._____ a requis l'avis de deux médecins-conseils (évaluation du 26 mars 2015 du Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale, et évaluation du 31 mars 2015 du Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Formulant plusieurs remarques à l'encontre de l'appréciation des experts du J._____, ces praticiens-conseils ont mis en doute l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles ORL et respiratoires, en l'absence également de limitations orthopédiques, ainsi que l'estimation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Leurs avis ont été adressés au J._____ par la Q._____ en vue d'obtenir des renseignements complémentaires.

Par rapports complémentaires des 20, 24 avril et 15 mai 2015, le Dr T._____, le Professeur X._____, spécialiste en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie, et le Dr E._____ ont pris position sur les commentaires de leurs confrères. En résumé, ils ont confirmé leur évaluation de la capacité de travail, estimée entière avec une perte de rendement de 20 %, de même que la relation de causalité entre l'accident et les apnées obstructives du sommeil et la problématique nasale de l'assuré, ainsi que l'atteinte à l'intégrité globale de 60 %.

Toujours dans le cadre de l'instruction du cas, la Q._____ a recueilli des déterminations du 8 juillet 2015 du Dr P._____ aux termes desquelles celui-ci a estimé que la diminution de rendement de 20 %

retenue par le J._____ était surévaluée ; seuls les déplacements (montées et descentes des escaliers) de l'assuré jusqu'à son bureau devant être pris en compte. Le Dr P._____ a par ailleurs maintenu qu'il se justifiait de ne retenir des atteintes à l'intégrité qu'à hauteur de 40 %.

Par courrier du 14 juillet 2015 au conseil de l'assuré, la Q._____ a informé, sur la base de l'avis de son médecin-conseil, retenir une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40 % (xérophtalmie et diplopie [5 %] + dommages esthétiques [5 %] + genou gauche [10 %] + genou droit [10 %] + coude gauche [10 %]). Elle contestait en revanche un lien de causalité établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre l'accident et le syndrome d'apnées du sommeil. Avant de statuer en l'état du dossier sur la capacité de travail résiduelle (à savoir que seules les séquelles aux genoux de l'assuré étaient potentiellement incapacitantes), il convenait de faire procéder à un examen du poste de travail par une ergonome.

Le 21 janvier 2016, l'assuré a fait part de sa contestation, alléguant une baisse de sa capacité de travail (fatigue et difficulté à rester concentré) depuis l'accident.

La Q._____ a soumis le courrier de contestation précité à ses médecins-conseils qui ont pris position les 2 février (avis du Dr I._____) et 9 février 2016 (avis du Dr P._____), estimant que la diminution de rendement de 20 % ne s'expliquait pas par les séquelles objectives de l'accident de novembre 2011.

Par décision du 15 juillet 2016, la Q._____, se rapportant aux derniers rapports de ses médecins-conseils, a confirmé l'absence de lien de causalité entre l'accident et les troubles séquellaires de l'assuré et mis un terme à la prise en charge des frais du traitement par CPAP avec effet au 1^{er} avril 2015. Elle a confirmé par ailleurs l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité globale de 40 %.

A l'appui de son opposition formée le 9 septembre 2016 contre cette décision, l'assuré a soulevé un certain nombre de critiques à l'encontre de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité évaluée à 40 %, et de la capacité de travail, qu'il disait réduite suite à l'accident. Se référant à l'expertise du J._____, pleinement probante selon lui, il estimait avoir droit aux indemnités journalières, puis à une rente d'invalidité dès la stabilisation de l'état de santé, à hauteur du 20 % d'incapacité de travail retenue par les experts, comme par le médecin traitant (Dresse N._____), à compter du 1^{er} avril 2014, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 100 %.

La Q._____ a, par décision du 28 février 2017, rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 15 juillet 2016, en tant qu'elle allouait à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40 %. Se distançant de l'expertise du J._____, à la faveur des avis opposés de ses médecins-conseils, l'assureur a retenu une capacité de travail entière dans l'activité habituelle de chef d'entreprise.

B. Par acte du 3 avril 2017, Z._____, représenté par Me Pierre Seidler, a déféré cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant au versement d'indemnités journalières « à hauteur de 20 % depuis le 1^{er} juillet 2014 », puis à une rente d'invalidité de 20 % dès le 5 février 2015 et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité « supérieure à 40 % » ainsi qu'au remboursement des frais médicaux en lien de causalité avec l'accident, notamment le traitement par CPAP. Subsidiairement, il a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'assureur pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il estimait que l'expertise pluridisciplinaire du J._____ était probante, avec la précision que le lien de causalité entre l'accident assuré et le syndrome d'apnées du sommeil était confirmé par les deux expertises indépendantes des Drs D._____ et E._____.

Dans sa réponse du 26 juin 2017, la Q._____ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Elle

maintenait que l'expertise du J._____ ne revêtait pas valeur probante compte tenu d'une motivation insuffisante que ce soit au niveau de l'appréciation des questions de la causalité naturelle, de l'appréciation de la capacité de travail (diminution du rendement difficilement compréhensible s'agissant de monter et descendre les étages du bâtiment de l'entreprise) et de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, ceci pour les motifs évoqués par ses médecins-conseils.

Au terme d'un second échange d'écritures des 28 septembre et 23 octobre 2017, les parties ont maintenu leur position respective.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur l'octroi de prestations de l'assurance-accidents, singulièrement d'une part sur le refus d'en poursuivre le versement sous forme d'indemnités journalières, de frais de traitement médical du syndrome d'apnées du sommeil, puis de rente après stabilisation de l'état de santé, d'autre part sur la quotité d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, dont le principe est admis.

L'argumentation et les conclusions des parties divergent en réalité sur la question déterminante de la capacité de travail telle que recouvrée par l'assuré, ce dernier se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise du J._____, alors que l'intimée n'entend pas conférer de valeur probante à ce rapport en préférant les conclusions de deux médecins-conseils, les Drs I._____ et P._____.

Aussi, la solution du litige s'avère tenir à l'appréciation médicale de la capacité de travail résiduelle du recourant, respectivement à la valeur probante des avis médicaux versés au dossier, dont en particulier le rapport d'expertise pluridisciplinaire du J._____.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de

fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1 et les arrêts cités).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 4.2).

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 consid. 3.2 et les références citées ; TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de

causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident en question (*statu quo sine*) (TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 et la référence citée).

4. a) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

b) Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH [Fédération des médecins suisses]) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées ; TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce

sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci.

5. a) En l'espèce, l'expertise confiée au J._____ par l'intimée a donné lieu à un rapport circonstancié, établi en consilium par des experts reconnus dans chacune des quatre spécialités médicales qu'il convenait à juste titre d'aborder. Des examens cliniques complets ont été effectués dans chacune de ces disciplines et les experts, au terme d'une anamnèse fouillée de ce cas complexe, ont rendu, dans les règles de l'art et le respect des formes requises s'agissant d'une expertise administrative neutre, des conclusions dont la teneur est parfaitement claire. Ils exposent également de manière convaincante leur motivation et le fruit de la concertation qui a conduit à leurs conclusions, dument étayées. De surcroît, interpellés afin de répondre à certaines questions ou critiques de l'intimée, chacun des trois experts a produit un rapport complémentaire circonstancié, répondant de manière claire et précise aux questions posées, et confirmant ainsi des conclusions d'autant plus étayées.

Avec le recourant, il y a donc lieu de se rallier aux conclusions des spécialistes du J._____, et de reconnaître à leur rapport une pleine valeur probante. On précisera que les avis divergents des deux médecins-conseils paraissent procéder d'une appréciation divergente d'un état de fait clairement posé sur le plan médical, mais sans avoir effectué un examen clinique, ni pris en considération la nécessité d'une approche globale et circonstanciée du cas d'un assuré gravement polytraumatisé. Les conclusions du rapport du J._____ sont au demeurant confirmées par les avis d'autres médecins versés au dossier, ainsi le Dr D._____ s'agissant de la problématique des apnées du sommeil et de leur traitement, et la Dresse N._____, quant à l'évolution de la capacité de travail de son patient dans son activité.

Des conclusions du rapport d'expertise du J._____, il ressort ainsi que l'assuré, dont l'état est tenu pour stabilisé, ceci à tout le moins à la date dudit rapport, dispose depuis le mois d'avril 2014 d'une capacité de travail résiduelle de 80 % dans son activité habituelle de chef d'entreprise, réputée adaptée à son état de santé, ses limitations fonctionnelles tenant à la subsistance de douleurs physiques et d'une fatigabilité entravant le rendement au travail. Par ailleurs, la causalité entre l'accident et les atteintes à la santé diagnostiquées est donnée, respectivement motivée à satisfaction de droit.

Cela étant, il convient d'examiner le sort de chacune des quatre prestations litigieuses.

b) S'agissant des indemnités journalières, dont le versement a été interrompu au motif d'un prétendu retour à une pleine capacité de travail, il y a lieu de constater qu'il doit être poursuivi jusqu'à la stabilisation de l'état de santé propre à ouvrir le droit à la rente (cf. art. 19 al. 1 LAA). A cet égard, il y a lieu d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimée pour la fixation de la quotité de ces prestations au regard des indemnités déjà versées et des certificats médicaux tels que versés au dossier, attestant de la fluctuation de la capacité de travail dans le temps, respectivement de la réduction de l'incapacité de travail à 50 % dès janvier 2014, puis à 30 % en mars 2014 et enfin à 20 % dès avril 2014, ceci dans l'activité habituelle réputée adaptée.

c) S'agissant des frais de traitement des apnées obstructives par appareil CPAP, la causalité entre l'accident et l'aggravation des troubles respiratoires est donnée par les experts, compte tenu de la déformation nasale subie et de l'obstruction nasale qui en a résulté. Le traitement est certes conséquent, dès lors qu'il est pronostiqué comme devant être potentiellement poursuivi à vie, mais il est qualifié par les experts de particulièrement adéquat, et sans doute comme le seul à soulager efficacement l'intéressé. La décision attaquée est dès lors

annulée sur ce point également, les frais du traitement tels que refusés dès avril 2015 restant à la charge de l'intimée (cf. art. 21 al. 1 LAA).

d) S'agissant du droit à une rente d'invalidité, compte tenu de la stabilisation de l'état de santé retenue par les experts, il y a lieu d'en constater le bien-fondé. Comme l'allègue le recourant, le début du droit à la rente est certain à compter de la date du rapport de l'expertise du J._____, le 5 février 2015. Quant au degré d'invalidité, il est à fonder sur une incapacité de travail résiduelle au long cours de 20 %, telle que retenue par les experts à cette même date. Ces deux constats entraînent dès lors également l'annulation de la décision sur ce point, et le renvoi de la cause à l'intimée afin qu'elle procède au calcul et au versement de la rente d'invalidité.

e) Quant aux indemnités pour atteinte à l'intégrité, arrêtées en définitive globalement à 60 % par les experts du J._____ après avoir pris en compte les quatre problématiques concernées (ophtalmique, esthétique, orthopédique et ORL), elles s'avèrent dûment motivées quant à leur principe et leur quotité, en application correcte des tables de la CNA, versées au dossier. Les experts évoquent par ailleurs une probable aggravation de l'arthrose aux trois niveaux (du coude et des genoux) qui pourrait d'ores et déjà justifier une augmentation du taux (art. 36 al. 4 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Ils considèrent néanmoins que cette aggravation est difficile à évaluer, en quantité et à quel rythme, s'en tenant en définitive à proposer le taux global précité de 60 %, ce que le recourant ne conteste au demeurant pas en concluant au final à une IPAI globale qui soit supérieure aux 40 % retenus par l'intimée. Ici encore, on se ralliera aux conclusions dûment motivées des experts pour annuler la décision attaquée et renvoyer l'intimée à procéder au calcul et au versement d'une IPAI de 60 %.

6. Des considérants qui précèdent, il ressort que le recours, fondé sur chacun des quatre objets litigieux, doit être admis. La décision attaquée est annulée en conséquence et la cause renvoyée à l'intimée

afin qu'elle procède au calcul et au versement des prestations litigieuses, dans le sens de ce qui précède.

7. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il ne sera pas perçu de frais judiciaires. Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Selon l'art. 11 al. 2 TFJDA (tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1), les dépens sont fixés d'après l'importance de la cause, ses difficultés et l'ampleur du travail effectué ; ils sont compris entre 500 et 10'000 francs. En l'occurrence, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. et de les mettre à la charge de l'assureur intimé, qui succombe.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 28 février 2017 par Q._____ est annulée, la cause lui étant renvoyée afin de procéder à l'estimation et au versement de ses prestations, au sens des considérants.

- III.** Le présent arrêt est rendu sans frais.

- IV.** Q._____ versera à Z._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Pierre Seidler (pour Z. _____),
- Q. _____,
- 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).

Le greffier :