

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 octobre 2018

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Berthoud et Mme Saïd, assesseurs
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourant, représenté par Me Charles Guerry, avocat à Fribourg,

et

S._____, à [...], intimée.

Art. 16 LPGA ; art. 18 LAA ; art. 28 al. 3 OLAA

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1947, titulaire d'un diplôme fédéral en assurances, travaillant comme courtier indépendant en assurances à 100% et assuré pour la perte de gain auprès d'U._____ (ci-après : U._____), a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 30 juillet 2009, en raison d'une coxarthrose gauche ayant nécessité la pose d'une prothèse de hanche le 23 avril 2008. L'intéressé était en incapacité totale de travail jusqu'au 31 août 2008, puis à 50% dès le 1^{er} septembre 2008.

Postérieurement à l'opération, l'assuré a développé des douleurs dorsales, sous forme d'une radiculalgie gauche non déficitaire L5 entraînant des difficultés à la marche (cf. rapport médical du 8 décembre 2009 du Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Dans un courrier du même jour, le Dr Q._____ a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était de 50%.

Dans un rapport du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 9 février 2010, le Dr P._____ s'est référé au dossier transmis par le Dr Q._____ pour conclure à une capacité de travail à 50% dans toute activité légère sédentaire à semi-sédentaire. Il a expliqué que l'assuré souffrait d'une coxarthrose gauche opérée le 23 avril 2008 et que l'évolution était lentement favorable en ce qui concernait la hanche, mais se compliquait de radiculalgies L4-5 gauches en relation avec un canal lombaire étroit.

Selon l'analyse économique pour les indépendants du 10 septembre 2010, l'assuré exerçait uniquement l'activité indépendante de courtier en assurances ; il était toutefois impossible de connaître les revenus précis de l'intéressé, celui-ci mentionnant ne pas tenir de comptabilité.

Dans un rapport du 19 novembre 2010, le Dr Q._____ a confirmé la capacité de travail à 50%, soulignant que le pronostic était réservé.

Dans un courrier du même jour à l'OAI, le Dr Q._____ a indiqué que l'évolution était très difficile avec la persistance d'importantes douleurs dans la région de la cuisse gauche. Selon ce praticien, l'assuré avait très nettement amélioré la mobilité de sa hanche, mais la douleur persistait tant en position assise que lors de la marche. Le périmètre de marche était limité certains jours à quelques centaines de mètres, l'assuré étant incontestablement limité dans son activité par des douleurs qui apparaissaient également en position assise.

Par décision du 5 avril 2011, l'OAI a accordé à l'assuré une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2010, soit six mois après le dépôt de sa demande de prestations, fondée sur un taux d'invalidité de 55%, calculé en tenant compte d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans toute activité légère sédentaire à semi-sédentaire, dont celle de courtier en assurances.

La rente d'invalidité a été transformée en rente vieillesse AVS lorsque l'assuré a atteint l'âge légal de la retraite, soit le [...] 2012.

B. a) Par déclaration d'accident bagatelle du 19 mars 2013, Z._____ SA (ci-après : Z._____ ou l'employeur), a annoncé à S._____ SA (ci-après : l'assurance, S._____ ou l'intimée), assureur-accidents, que l'assuré avait manqué la première marche des escaliers le 10 mars 2013 et souffrait de contusions au niveau du membre supérieur gauche. Il ressort également de cette déclaration que l'assuré était employé par Z._____ en qualité de chef de halles à 100% depuis le 1^{er} mars 2009.

Dans un rapport du 27 mai 2013, le Dr V._____, spécialiste en neurochirurgie, a relevé que l'assuré décrivait la chute du 10 mars 2013 avec un traumatisme au niveau du rachis cervical, l'apparition

immédiate d'une cervicobrachialgie avec des dysesthésies et des fourmillements du côté gauche, une sensation de marche ébrieuse avec des paresthésies localisées aux membres supérieurs et une sensation de faiblesse en particulier au niveau du membre supérieur gauche, soulignant que la force musculaire lors de la marche ne semblait pas être compromise. Ce praticien a également indiqué que l'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) réalisée le 16 mai 2013 mettait notamment en évidence une sténose du canalaire significative au niveau C3-C4, avec une hernie discale « fraîche ». Le Dr V._____ a en outre conclu en ces termes :

« Votre patient présente un syndrome pyramidal et myopathique clinique et par imagerie sur une hernie discale cervicale C3-C4 d'apparition récente.

La relation entre la chute du 10.03.2013 et l'apparition d'un syndrome pyramidal démontre un tableau clinique en parfaite corrélation.

J'ai proposé une intervention chirurgicale de décompression et fusion C3-C4, par abord cervical antérieur. J'ai décrit les principes de cette chirurgie, les avantages et les complications de cette procédure. M. X._____ est tout à fait favorable à procéder dans ce sens ».

Le 11 juin 2013, l'assuré a subi une discectomie cervicale par voie antérieure C3-C4, qui s'est déroulée sans complication (cf. lettre de sortie du 15 juillet 2013 du Dr V._____). Le Dr V._____ a précisé à cette occasion, dans l'anamnèse, que l'assuré n'avait pas d'antécédent de cervicalgie ou de discopathie cervicale, indiquant qu'il avait consulté un neurologue en 2010 pour un syndrome lombovertébral et qu'aucune myélopathie ou notion de radiculopathie cervicale n'avait alors été évoquée.

Dans un rapport du 28 novembre 2013, le Dr V._____ a relevé que l'évolution clinique de l'assuré était caractérisée par une reprise des dysesthésies et des fourmillements dans le membre supérieur. Selon lui, ces symptômes bénins étaient essentiellement liés à la myélopathie cervicale ayant justifié l'intervention chirurgicale de décompression en juin 2013.

Dans un avis d'accident du 13 janvier 2014, l'assuré a indiqué ce qui suit à U._____, s'agissant des circonstances de l'accident du 10 mars 2013 :

« En sortant d'un bâtiment, je n'ai pas vu la fin d'un perron et suis tombé en bas des escaliers.

Après divers soins, une opération de greffe de disque cervical, le neurochirurgien m'informe que la moelle a coulé et que plus de 50% de rétablissement il ne peut le garantir.

Aujourd'hui plus de sensibilité dans main gauche, moins droite 50% sensibilité des pieds 70% douleurs mialgiques 7/10 épaule nuque et bras, perte d'équilibre, torticoli.

Une invalidité permanente est évoquée par mes médecins n'arrivant plus à assumer les tâches simples de la vie ».

Dans un courrier du 19 mai 2014 à S._____, le Dr V._____ a indiqué que l'IRM cervicale réalisée avant l'opération mettait en évidence une lésion de la moelle épinière dont la relation avec le traumatisme du rachis cervical avait été établie. Il a exposé que la symptomatologie douloureuse était chronique, source de douleurs permanentes jour et nuit, indépendamment des efforts physiques fournis même minimales. Le Dr V._____ a encore mentionné que l'assuré présentait un syndrome douloureux permanent associé à un déficit neurologique permanent, qu'il a été soumis à une intervention chirurgicale de spondylodèse par voie antérieure occasionnant une grave atteinte à l'intégrité supérieure à 50%.

Dans un rapport du 9 juillet 2014, le Dr V._____ a indiqué que l'assuré présentait une symptomatologie localisée au niveau de l'épaule avec une diminution significative de l'abduction de l'articulation gléno-humérale et de la rotation latérale et préconisait une IRM de l'épaule gauche.

Il ressort du rapport d'IRM de l'épaule gauche du 15 juillet 2014 une vraisemblable déchirure partielle articulaire du bord antérieur du sus-épineux respectivement du tiers moyen du sous-épineux, ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire et une bursite sous-acromiale.

Selon le certificat médical établi le 31 octobre 2014 par le Dr V._____, l'assuré est en incapacité totale de travail du 18 septembre 2013 au 11 mars 2014, puis à 70% à compter du 12 mars 2014.

b) Le 2 septembre 2014, l'assuré a reçu, à son domicile, la visite de courtoisie d'un collaborateur de l'assurance. Selon le rapport y relatif, l'intéressé s'était vu proposer de travailler comme chef de halles lors de foires ou de manifestations au T._____ à M._____, en 2009, et recevait un contrat de mission temporaire de la société Z._____ avant chaque manifestation, ces missions pouvant durer d'un jour à deux semaines au maximum. Il était précisé qu'en tant que responsable des halles, ses déplacements à l'intérieur de celles-ci étaient très importants, l'assuré mentionnant marcher facilement plusieurs kilomètres par jour. Suite à son accident, il ne pensait pas pouvoir reprendre une activité de ce type qui demandait une bonne condition physique et nécessitait de faire beaucoup de choses avec les bras. L'intéressé a également déclaré qu'au moment de l'accident, il travaillait à 80% comme courtier indépendant et à 20% comme chef de halles. Il a encore expliqué qu'il poursuivait son activité de courtage mais de manière beaucoup plus lente depuis l'accident en raison de son handicap au membre supérieur, l'incapacité de travail étant considérée comme nulle dans cette activité indépendante.

Etaient joints au rapport de visite de courtoisie les décomptes mensuels de salaire établis par Z._____ pour les douze mois précédant l'accident, soit pour la période courant d'avril 2013 à mars 2012.

Selon l'extrait du compte individuel, l'assuré a touché de Z._____ 863 fr. en 2009, 11'325 fr. en 2010 et 19'926 fr. en 2011. En 2012, il a perçu un montant total de 19'652 fr. 55, soit 4'246 fr. 70 en mars, 3'738 fr. 95 en avril, 1'707 fr. 90 en mai, 3'854 fr. 35 en septembre, 2'019 fr. 50 en octobre et 4'085 fr. 15 en novembre. S'agissant de 2013, l'intéressé a reçu 9'232 fr. 05, le dernier montant touché étant relatif au mois d'avril 2013.

c) Le 9 février 2015, S._____ a adressé une demande d'expertise au Dr B._____, spécialiste en neurochirurgie. Selon son rapport d'expertise du 4 mai 2015, l'activité professionnelle de l'assuré pouvait être considérée, avant l'accident, à 80% comme courtier indépendant en assurances, et à 20% pour chef de halles à T._____. Dans le cadre de cette dernière activité, il était amené à se déplacer constamment et parcourait entre 5 et 8 km par jour lors des manifestations. Ce poste nécessitait en outre un bon état physique général compte tenu des différentes tâches que l'assuré pouvait exercer pour aider les commerçants. Le rapport d'expertise soulignait que l'assuré continuait à exercer son activité de courtier indépendant, mais de manière beaucoup plus lente et diminuée, en raison de son handicap au membre supérieur gauche. Le Dr B._____ a en outre exposé ce qui suit :

« **DIAGNOSTICS :**

Ce patient a présenté plusieurs diagnostics à la suite de la chute du 10.03.2013.

- Tout d'abord un traumatisme crânien que l'on peut qualifier de bénin, sans perte de connaissance, sans aucun trouble cognitif, et avec une récupération complète.
- Une contusion du visage avec des plaies simples, ne nécessitant pas de prise en charge particulière.
- Une lésion partielle du tendon sus-épineux de l'épaule gauche pour laquelle une éventuelle prise en charge chirurgicale arthroscopique pourrait se discuter en fonction de l'évolution douloureuse.
- Surtout, une volumineuse hernie discale C3-C4, développée sur un terrain de canal cervical arthrosique, entraînant une myélopathie cervicale sévère, avec des séquelles ayant justifié d'une prise en charge chirurgicale.

Pour chacun de ces diagnostics, le lien de causalité est établi de façon certaine avec le traumatisme en cause.

En effet, cela est évident en ce qui concerne le traumatisme crânien ainsi que les plaies du visage et qui ne prêtent absolument pas à discussion, et de la même manière pour l'épaule gauche, même s'il existait des lésions arthrosiques assez banales, l'atteinte du tendon sus-épineux est suffisamment importante et de manière brutale pour être en relation directe et certaine dans sa totalité avec le traumatisme.

Par ailleurs, vu la taille de la hernie discale C3-C4 et le calibre du canal cervical qui était rétréci par de l'arthrose, il est absolument impossible d'imaginer que ce patient ait pu être porteur d'une telle pathologie, et qu'elle soit restée asymptomatique.

Il existait donc un état antérieur sous la forme d'un canal cervical étroit rétréci par de l'arthrose, mais la hernie était absolument absente, et ne contribuait pas à péjorer son état ni à contraindre le cordon médullaire.

Par contre, il existait chez la personne assurée un état antérieur, sous la forme d'une arthrose cervicale, entraînant un rétrécissement canalaire très marqué, mais qui était asymptomatique, car ce rétrécissement n'avait aucun impact sur le cordon médullaire qui n'était absolument pas le siège d'une éventuelle myélopathie cervicale.

La hernie qui s'est développée, a donc considérablement aggravé cette pathologie sous-jacente, et surtout lui a permis de devenir symptomatique par la compression neurologique qu'entraînait cette hernie, la compression étant majorée par la sténose arthrosique du canal.

Par ailleurs, aucune maladie intercurrente n'a été constatée qui se serait déclarée après l'accident.

De la même manière, on peut comprendre, qu'il existait des lésions dues à l'accident et d'autres troubles intercurrents, mais la seule existence de ces facteurs étrangers à l'accident, ne saurait justifier une éventuelle incapacité de travail de quel que taux soit-elle.

Compte tenu de l'existence d'un état préexistant, sous la forme d'une sténose canalaire arthrosique au niveau cervical, on peut affirmer que le patient ne rejoindra pas l'état de santé tel qu'il était avant l'accident, soit un *statu quo ante*, mais qu'au contraire compte tenu de cet état préexistant, il a atteint vraisemblablement le même état de santé que si l'accident ne s'était jamais produit, à savoir un **statu quo sine** dans un délai de 18 mois après l'accident, soit **à la date du 10.09.2014**, mais malgré la détermination d'un *statu quo sine*, il persiste des séquelles, avec une atteinte à l'intégrité qui seront développées plus loin dans cette expertise.

Par ailleurs, il n'y a aucun trouble dont la personne assurée se plaindrait et pour lesquels aucune explication organique n'a pu être constatée.

INCAPACITE DE TRAVAIL ET TRAITEMENT MEDICAL :

Ce patient a été en arrêt de travail à 100%, du 22.04.2012 jusqu'au 11.03.2014, de manière continue, aussi bien dans sa profession de Chef des hall[e]s que de courtier en assurances.

Depuis le 12.03.2014, il a pu reprendre à 30%, mais uniquement dans son activité de courtier indépendant, car il lui était impossible de recommencer une activité de Chef des hall[e]s, dans la mesure où il n'a plus toute son autonomie et ne peut pas marcher plusieurs kilomètres à la suite.

L'appréciation de la situation actuelle peut être considérée comme stable, avec des séquelles définitives, et le pronostic concernant l'avenir rejoint ce jugement, à savoir qu'il ne devrait pas y avoir de dégradation de son état neurologique en rapport avec l'accident, même si l'on peut imaginer que compte tenu de la dégénérescence arthrosique il y ait une certaine aggravation de la sténose canalaire cervicale pouvant donner lieu à une majoration des symptômes neurologiques, ceux-ci ne devraient pas être rapportés à l'accident initial du 10.03.2013.

Il existe également une perte de la force musculaire, que l'on peut quantifier à 50% pour les membres supérieurs avec une fonte musculaire globale, et à 30 ou 40% selon les chefs musculaires pour les membres inférieurs.

Il existe encore des sensations vertigineuses, il ne peut soulever au maximum que 10 kg au total.

Son ancien poste de chef de hall[es], nécessitait des kilomètres de marche, et également quelques efforts et ports de charges lourdes, ce qui est à exclure de manière complète.

Par contre, ce patient exerçait une activité de courtier en assurances à titre d'indépendant à 80%, et même s'il demeure extrêmement gêné dans cette activité, compte tenu de douleurs cervico-dorsales, avec des contractures para-vertébrales, et des troubles sensitifs au niveau des deux mains, en particulier à gauche, il lui est encore possible d'exercer en partie cette activité.

Son horaire de travail doit être réduit, il existe une baisse de rendement, le traitement au Lyrica qu'il est obligé de prendre de manière régulière diminue ses capacités de compréhension et de concentration de manière partielle, et tous ces éléments s'associent pour que l'on puisse considérer, et cela de manière définitive, la pratique de cette activité de courtier indépendant en assurances à 30 % seulement de ses 80 % antérieurs.

La capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ne peut absolument pas être améliorée par des mesures médicales, des moyens auxiliaires ou une adaptation à ce poste de travail.

Et tout cela en faisant abstraction de l'âge de l'assuré, et en se référant à un assuré d'âge moyen, d'environ 40 ans, qui serait porteur des mêmes séquelles.

De la même manière, il n'est pas possible de modifier ses capacités de travail, avec d'éventuelles mesures de réadaptation ou de formations professionnelles.

Ces mesures de réadaptation professionnelle sont impossibles, essentiellement compte tenu de son âge, et du fait qu'il exerce déjà à titre de courtier indépendant en assurances, une activité, qui semble la plus adaptée à ses troubles neurologiques que l'on peut considérer comme définitifs ».

Sur demande de S._____, le Dr B._____ a précisé, dans un courrier du 22 juillet 2015, que l'activité de chef de halles n'était absolument plus exigible en raison des séquelles accidentelles, seule étant exigible l'activité de courtier en assurances, activité dans laquelle le Dr B._____ a estimé la capacité de travail de 40%.

U._____ a soumis l'expertise du Dr B._____ à son médecin conseil, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, qui la remet en cause dans son courriel du 20 juillet 2015, préconisant la mise en œuvre d'une expertise neurologique conduite par un expert certifié.

Par courriel du 3 octobre 2016, une collaboratrice de la Caisse de compensation AVS a indiqué à S._____ les montants de la rente AVS de l'assuré pour les années 2012 à 2014, précisant qu'avant 2012, il touchait une rente partielle d'invalidité. Nantie de cette information, l'assurance a demandé la copie du dossier de l'intéressé à l'OAI, qui la lui a transmise le 12 octobre 2016.

d) Sur demande d'U._____, l'assuré a fait l'objet d'une nouvelle expertise médicale conduite par le Dr F._____, spécialiste en neurochirurgie. Le rapport d'expertise du 29 février 2016 contient notamment ce qui suit (sic) :

« **CONCLUSION :**

Depuis un événement du 10.03.2013 qui avait été admis comme cause d'une hernie discale C3/4 traumatique, l'assuré souffrait de brachialgies prédominantes à gauche, accompagnées de troubles, faiblesses et perte de l'équilibre, rebelles au traitement conservateur. Finalement une hernie discale C3/4 ainsi qu'une sténose canalaire C3-6 étaient diagnostiquées. Des altérations du signal de la moelle au niveau C3/4 (IRM du 16.05.[2]013) permettaient de poser le diagnostic de **hernie discale traumatique C3/4, sténose canalaire, myélopathie C3/4**. Comme signe de lésion traumatique, un œdème osseux et facettaire

au niveau C3/4 était mis en évidence par l'IRM du 16.05.2013. Les altérations de la moelle par contre, ne montraient (2 mois après l'événement) aucun signe d'une lésion traumatique directe (hématome ou autre).

Les suites postopératoires étaient simples et l'évolution était favorable jusqu'en automne 2013 où des douleurs au niveau des extrémités supérieures s'accroissaient de nouveau. Cette péjoration de l'état de Mr. X. _____ était mise au compte d'une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Depuis l'été 2014, l'état du lésé s'était de nouveau péjoré avec des douleurs dans la nuque avec irradiation dans les bras comme également dans les extrémités inférieures, accompagnées surtout de paresthésies et dysesthésies. Difficultés de l'équilibre et également subjectivement à la marche, avant tout à la descente des escaliers. Le lésé décrit des signes d'une claudication intermittente avec diminution de la distance de marche à 500 mètres (douleurs dans la nuque, paresthésies croissantes dans les extrémités, discrète diminution de la force), qui disparaissent après un repos assis d'environ 10 à 15 minutes. À l'examen clinique on trouve une fonction de la colonne vertébrale entière dans les normes, un status neurologique moteur quasi normal sans signe radiculaire et sans signe d'une limitation de la coordination. Par contre il y a un syndrome déficitaire de la sensibilité avec dysesthésies, paresthésies, hypoesthésies et surtout douleurs, dans les extrémités supérieures et inférieures de préférence périphérique, qui parle - ensemble avec les examens neuroradiologiques et cette évolution plutôt se péjorant - en faveur d'une **myélopathie cervicale**. Cette myélopathie a une tendance progressive, ce qui est un signe de maladie, et non-pas une suite d'accident.

Sur ce qui est dit en haut, on peut conclure :

- Une sténose canalaire C3-6 s'était certainement développée déjà avant l'événement du 10.03.2013.
- Une myélopathie cervicale probablement asymptomatique ou peu symptomatique était vraisemblablement préexistante à l'événement du 10.03.2013.
- La lésion C3/4 était suite d'accident avec probabilité prépondérante.
- L'hernie discale C3/4 avait probablement causé une compression supplémentaire momentanée lors de l'événement sur la moelle, qui était serrée par la sténose canalaire.
- De l'intervention du 10.06.2013 le lésé avait bien récupéré, mais des signes de myélopathie légèrement diminués au début persistaient. Ils s'accroissent de plus en plus de nouveau depuis printemps 2014.
- Un syndrome de myélopathie de caractère avant tout sensible, handicapant est en train de se péjorer de sorte, qu'à mon avis, des examens approfondis, avant tout neuroradiologiques s'imposent pour évaluer l'état de la sténose résiduelle et au niveau C4/5 et C5/6.

Vos questions sont répondues comme suit : *(Je me réfère au nouveau questionnaire qui m'avait été soumis le 08.01.2016).*

[...]

4. QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC ?

- Chute en bas d'un escalier au travail (ICD-10 W10.2)
- Hernie discale traumatique C3/4 (ICD-10 M50.0)
- Sténose du canal cervical (ICD-10 M48.0)
- Myélopathie cervicale (ICD-10 G99.2)
- Lésion articulaire de l'épaule gauche (ICD-10 M19.8)

CAUSALITÉ :

6) L'ÉTAT SOMATIQUE EST-IL UNE CONSÉQUENCE NATURELLE DU SINSISTRE DU 10.03.2013 ?

Possible.

7) DES FACTEURS ÉTRANGERS OU ANTÉRIEURS À L'ACCIDENT JOUENT-ILS UN RÔLE ?

Oui. La sténose cervicale était préexistante avec certitude. Une altération dégénérative du disc C3/4 était préexistante avec vraisemblance prépondérante. Une myélopathie C3/4 était probablement asymptotique, mais préexistante également avec vraisemblance.

8) DANS L'HYPOTHÈSE OÙ LE LIEN DE [CAUSALITÉ] EST ACTUELLEMENT DONNÉ, UNE RESTITUTION DU STATU QUO SINE/ANTE VA-T-ELLE INTERVENIR ?

En ce qui concerne [a] hernie discale C3/4 [on] peut fixer **l'état définitif** en cas d'évolution postopératoire simple à une année après le traitement chirurgical. Ainsi je fixerais cette date au **10.06.2014**. Toutes atteintes à la santé, tous les examens et traitements nécessaires après cette date, ne peuvent plus être mis en relation avec l'événement du 10.03.2013. Ils doivent être pris en charge par la caisse de maladie.

10) INVALIDITÉ ?

Selon les tabelles de la SUVA, ainsi que les conditions de l'assurance, une atteinte permanente à l'état de santé est calculée comme suit :

Tabelle 7 :

- Douleurs : ++ - +++
- Point 3 : Hernie discale cervicale = 15%
- Point 4 : Spondylodèse = 5%
- (en tenant compte de l'effet de la maladie préexistante)

Tabelle 21.6 :

- ASIA E : 10%
- En total IPAI 30% ».**

e) Sur demande de S._____, une nouvelle expertise a été conduite par le Dr J._____, spécialiste en neurochirurgie, dont le rapport du 5 mai 2017 a la teneur suivante :

« **A. Causalité naturelle**

1. L'assuré présentait-t-il, au niveau cervical, un état maladie antérieur à l'accident du 10 mars 2013 ?

À l'anamnèse du patient, il ne décrit aucun antécédent cervical que ce soit de type douleur, restriction de la mobilité ou phénomènes neurologiques avant l'accident du 10 mars 2013, il me dit ne jamais avoir consulté pour son rachis cervical, il n'a jamais eu d'examens radiologiques ou d'autre bilan paraclinique, ni de traitement ciblé. Il a toujours eu des activités professionnelles et psychiques soutenues sans aucune limitation. Il n'y a donc pas d'état maladif antérieur clinique. La visualisation de l'imagerie du 16 mai 2013 montre par contre une discarthrose étagée, qui témoigne d'un processus dégénératif antérieur à l'accident, avec une décompensation C3 C4 aiguë, sous forme de hernie discale et myélopathie, consécutive à l'accident.

2. Si oui, description de celui-ci.

L'I.R.M. du 16 mai 2013 montre des discopathies et une discarthrose C3 C4, C4 C5 et C5 C6 avec perte de hauteur discale et protrusions médianes C4 C5 et C5 C6 rétrécissant le canal, sans myélopathie, avec un rétrécissement plus sévère en C3 C4 décompensé par une hernie discale para médiane gauche, avec une myélopathie radiologique, un œdème facettaire C3 C4 important et une réaction inflammatoire au niveau des tissus mous adjacents, témoignant d'une pathologie aiguë.

3. Si oui, l'accident du 10 mars 2013 a-t-il décompensé durablement ou seulement temporairement cet état antérieur.

L'accident du 10 mars 2013 a décompensé durablement la situation puisque le patient a développé une myélopathie clinique et radiologique, avec un syndrome séquellaire après décompression chirurgicale.

4. En cas de décompensation seulement temporaire de l'état antérieur, à partir de quelle date peut-on considérer que le statu quo ante (l'état de santé de l'assuré est semblable à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ou le statu quo sine (l'état de santé de l'assuré est celui que l'assuré aurait tôt ou tard présenté indépendamment de l'accident, en raison de son évolution normale) est atteint.

Il y a eu au dire du patient et selon le rapport des consultations chirurgicales une amélioration partielle immédiate des symptômes, avec aujourd'hui des séquelles douloureuses et neurologiques qui n'évoluent plus depuis plus de trois ans. Il n'a donc pas retrouvé de statu quo ante, puisqu'il n'y avait pas de symptomatologie précédant l'accident. Il n'y a pas non plus de statu quo sine puisque l'évolution naturelle d'une discarthrose cervicale ne se fait pas systématiquement vers une myélopathie.

5. L'atteinte à la santé résiduelle et les troubles persistants présentés par l'assuré ont-ils un lien de causalité naturelle au moins

partiel, établi selon un degré de vraisemblance prépondérante avec la hernie discale C3 C4 ou sont-ils dus exclusivement à l'état antérieur préexistant.

Étant donné ce qui est énoncé au point 4., il y a un degré de vraisemblance prépondérante avec un lien de causalité certain entre la hernie discale, ayant engendré une myélopathie, dont il garde aujourd'hui des séquelles. Comme il ne décrit pas subjectivement de modification depuis plus de trois ans, le potentiel d'amélioration supplémentaire des troubles neurologiques reste quasiment nul ».

f) Par décision du 6 juin 2017, S._____ a mis un terme au droit aux indemnités journalières et au traitement médical au 31 mai 2017 et refusé l'allocation d'une rente d'invalidité. L'assurance a retenu, en se basant sur les informations transmises par le Dr B._____, une capacité résiduelle de travail de 40% dans l'activité adaptée de courtier en assurances. S'agissant du taux d'invalidité, elle a retenu, en se référant à la décision de l'OAI, que l'assuré présentait déjà, avant l'accident, une incapacité de travail définitive de 50% dans toute activité légère adaptée. Elle a considéré que l'incapacité de travail subie dans l'activité indépendante de courtier n'avait pas à être prise en considération pour l'évaluation du degré d'invalidité, l'assuré n'ayant pas conclu d'assurance LAA facultative pour cette activité. Pour le calcul du revenu de valide, S._____ a pris en compte un revenu global de 23'502 fr. 30 pour l'activité exercée auprès de Z._____ du mois de mars 2012 à février 2013 - montant correspondant au revenu que l'assuré était en mesure de réaliser en mettant à profit sa capacité résiduelle de gain malgré les troubles maladiques préexistant à l'accident - qui a été indexé de 2014 à 2016 pour un montant total de 23'880 fr. 25. S'agissant du revenu d'invalidé, S._____ s'est basée sur les revenus statiques de l'ESS (niveau de qualification 3 dans la branche assurance) : elle a retenu un revenu mensuel de 9'122 fr., soit un revenu annuel de 109'464 fr., correspondant à 114'116 fr. 20 pour 41,7 heures par semaine, montant porté à 115'145 fr. 30 après indexation pour les années 2015 et 2016. Retenant que l'assuré pouvait mettre à profit une capacité de travail de 40% dans une activité de courtage en assurance, elle a retenu un revenu d'invalidé de 46'058 fr. 10, sur lequel elle a procédé à un abattement de 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Le revenu d'invalidé s'élevant ainsi à 39'149 fr. 40, S._____ a retenu que l'assuré ne présentait aucune perte de gain pour les suites de l'accident du 10 mars 2013.

L'assuré a formé opposition à la décision précitée le 4 juillet 2017, contestant uniquement le refus d'une rente d'invalidité. Il a soutenu que le revenu de valide devant être pris en compte lors de la comparaison des revenus était celui découlant de l'activité salariée exercée à plein temps. Dès lors, son salaire annuel de 23'502 fr. 30 auprès de Z._____, correspondant à un taux de 20%, devait être converti en un salaire à 100%, soit 117'511 fr. 15 (23'502 fr. 30 x 5), respectivement à 119'401 fr. 20 après indexation. Sans remettre en cause le revenu d'invalidité tel que retenu par S._____, l'assuré a estimé que son taux d'invalidité s'élevait à 67%.

Par décision sur opposition du 12 septembre 2017, S._____, par l'intermédiaire de son service juridique Prestations, a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé la décision du 6 juin 2017. Elle a en substance considéré que l'assuré conservait une capacité de travail de 50% suite à la pose de sa prothèse de hanche, d'abord, puis de ses problèmes lombaires, dans son activité de courtier en assurances et dans toute activité légère sédentaire, référence étant faite au taux d'invalidité de 55% établi par l'OAI fondant l'octroi d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} février 2010. Elle a ainsi retenu qu'au moment de l'accident, l'intéressé présentait une capacité de travail durablement réduite par suite d'une atteinte malade à la santé non assurée, dissociable de celle ayant été provoquée par l'accident. L'assurance a en outre considéré que les 940 heures travaillées par l'assuré durant l'année précédant l'accident correspondait à un taux d'occupation de 49,06%, soit un taux maximal de capacité de travail résiduelle de l'intéressé compte tenu de l'atteinte à la santé préexistante. Elle a précisé que sauf amélioration considérable de l'état de santé suite à l'octroi de la rente d'invalidité, l'atteinte à la santé n'aurait pas permis à l'assuré d'exercer à plein temps l'activité assurée de chef de halles. C'était ainsi à juste titre que les montants perçus par l'assuré dans cette activité n'avaient pas été convertis à un taux d'activité de 100%.

C. Par acte du 9 octobre 2017, X._____, représenté par Me Charles Guerry, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de dépens, à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité LAA basée sur un degré d'invalidité de 40% lui soit octroyée. Se fondant sur les rapports médicaux du Dr B._____ du 4 mai 2015 et du Dr J._____ du 5 mai 2017, il soutient en substance que sa capacité de travail avant l'accident n'était pas réduite par suite d'une atteinte à la santé non assurée - les problèmes de hanche et lombaires s'étant progressivement résorbés jusqu'à l'accident et ne limitant plus sa capacité de travail, ainsi que le prouve l'activité exercée par le recourant avant son accident -, de sorte qu'il se justifie de convertir le revenu effectif de l'activité à temps partiel en un salaire d'une activité exercée à 100%, le revenu de valide s'élevant ainsi à 47'905 fr. 20 ($100 / 49.06 * 23'502 \text{ fr. } 30$), respectivement à 48'675 fr. 55 après indexation. Il conteste également le revenu d'invalidé tel que retenu par l'intimée, alléguant de prendre en considération le niveau de qualification 2 de la branche d'assurance pour calculer le revenu avec invalidité et d'opérer un abattement de 20%.

Dans sa réponse du 1^{er} novembre 2017, S._____ conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition litigieuse. Elle conteste que l'état de santé du recourant se soit amélioré après avoir atteint l'âge de la retraite, soulignant au demeurant que l'intéressé a débuté son activité auprès de Z._____ depuis le mois de mars 2009, date où sa capacité de travail était limitée à 50% pour des problèmes de hanche et de rachis lombaire. Elle soutient que la conversion à 100% du revenu effectif réalisé ne se justifie pas. S'agissant du revenu d'invalidé, elle soutient que c'est bien le niveau de qualification 3 qui doit être retenu et considère qu'un abattement de 20% ne se justifie pas, le taux de 15% retenu étant suffisant.

Répliquant le 8 janvier 2018, le recourant maintient ses conclusions. Il se base sur les rapports médicaux du 4 mai 2015 et du 5 mai 2017 pour justifier l'amélioration de la coxarthrose et des troubles lombaires avant l'accident, dans la mesure où il parcourait plusieurs

kilomètres à pied. Eu égard au revenu d'invalidé, le recourant justifie la prise en compte du niveau 2 compte tenu de son traitement qui diminue ses capacités de compréhension et de concentration. S'agissant de l'abattement, il soutient que le facteur du taux résiduel limité d'occupation doit être pris en compte, ainsi que son âge.

Dans sa duplique du 18 janvier 2018, l'intimée persiste dans ses conclusions. Elle relève que lors de son expertise du 4 mai 2015, le Dr B._____ n'était pas, à l'instar de l'intimée, au courant de la rente AI versée au recourant. Elle fait en outre valoir que le niveau de compétences de l'ESS doit être distingué des problèmes de concentration.

Les parties ont chacune fait part de leurs observations complémentaires les 23 avril et 2 mai 2018, le recourant soutenant désormais qu'il n'effectuait que de l'accueil au début de son activité au sein de Z._____.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (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 ; RSV 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 en l'occurrence uniquement sur le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, singulièrement sur le montant du revenu que le recourant aurait pu réaliser s'il n'avait pas été victime de l'accident du 10 mars 2013.

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).

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. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1).

b) En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé

physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

4. a) 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 obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_163/2017 du 2 mai 2017 consid. 3.1).

Dans un cas ordinaire d'évaluation de l'invalidité, le revenu sans invalidité obtenu par un assuré travaillant à temps partiel au moment de l'accident est pris en compte à raison de 100% comme s'il avait une occupation à temps complet (ATF 135 V 287 consid. 3.2, 119 V 475 consid. 2b).

En matière d'assurance-accidents, l'art. 18 al. 2 LAA prévoit que le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux ; il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGA. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a adopté l'art. 28 al. 3 OLAA. Aux termes de cette disposition, si la capacité de

travail de l'assuré était déjà réduite de manière durable avant l'accident par suite d'une atteinte à la santé non assurée, il y a lieu, pour évaluer l'invalidité, de comparer le revenu que l'assuré aurait pu réaliser compte tenu de la diminution de sa capacité de travail initiale avec celui qu'il pourrait encore obtenir en dépit des suites de l'accident et de l'atteinte préexistante. Sont visées ici les atteintes dissociables. Dans ce cas, il n'y a pas matière à réduction selon l'art. 36 al. 2 LAA parce qu'est déterminant pour l'évaluation du degré d'invalidité le revenu réduit perçu avant l'accident (Jean-Maurice FRÉSARD/Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^{ème} éd., 2016, n. 251, p. 983 ; TF 8C_80/2016 du 16 janvier 2017 consid. 3.2).

b) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible - le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidité, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n° 240 p. 980).

Lorsqu'on fait application des données résultant de l'ESS pour déterminer le revenu avec invalidité d'un assuré n'ayant pas repris d'activité lucrative ou pas d'activité correspondant à l'exigibilité, il y a lieu de se référer à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ;

TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2). En outre, une déduction supplémentaire des salaires statistiques peut être opérée dont la mesure dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine, 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

5. a) En l'espèce, l'assuré a été victime d'une chute le 10 mars 2013, dont le caractère accidentel n'est pas contesté et dont les conséquences doivent, le cas échéant, être prises en charge par l'assurance-accident. Le recourant a subi un traumatisme au niveau du rachis cervical, entraînant des dysesthésies et une hernie discale cervicale qui a été opérée le 11 juin 2013. Malgré cette intervention, la myélopathie cervicale a continué de progresser et s'est accompagnée d'un syndrome douloureux persistant au niveau des membres supérieurs ainsi que d'une déchirure partielle du tendon sous-épineux. Ces atteintes ont occasionné une incapacité totale de travail du 18 septembre 2013 au 11 mars 2014, puis à 70% depuis le 12 mars 2014 selon les conclusions du Dr V._____. S._____, en se basant sur les conclusions du Dr B._____, a retenu une capacité résiduelle de travail de 40% dans l'activité de courtier en assurances, la capacité de travail étant considérée comme nulle dans celle de chef de halles exercée à temps partiel au moment de l'accident.

Au moment de procéder au calcul du taux d'invalidité, S._____ a fait application de l'art. 28 al. 3 OLAA, considérant que l'assuré présentait une capacité de travail considérablement réduite par suite d'une atteinte à la santé préexistante à l'accident. Elle a de ce fait pris en considération uniquement le revenu que le recourant pouvait encore réaliser compte tenu de sa capacité résiduelle de travail et est parvenue à la conclusion que l'intéressé ne subissait pas de préjudice économique.

De son côté, le recourant conteste cette manière de faire s'agissant du revenu de valide. Il soutient que l'art. 28 al. 3 OLAA ne s'applique pas, dès lors que son état de santé s'était amélioré avant l'accident et qu'il ne subissait plus d'incapacité - partielle - de travail du fait de sa coxarthrose et de ses lombalgies, ainsi que l'attestent les Drs B. _____ et J. _____ dans leurs rapports respectifs des 4 mai 2015 et 5 mai 2017.

b) Rien ne permet en l'occurrence de critiquer l'application faite par l'intimée de l'art. 28 al. 3 OLAA pour calculer le taux d'invalidité. En effet, on rappellera que l'assuré s'était vu allouer une demi-rente d'invalidité par l'OAI à compter du 1^{er} février 2010 (cf. décision de l'OAI du 5 avril 2011), fondée sur un taux d'invalidité de 55% calculé par l'OAI en prenant en considération une capacité de travail résiduelle de 50% dans toute activité légère et sédentaire. Cette incapacité partielle de travailler était due aux atteintes à la hanche et lombaires du recourant. Celui-ci a bénéficié de cette demi-rente d'invalidité jusqu'au mois de juin 2012, date à compter de laquelle il a pu prétendre à une rente de vieillesse de l'AVS (cf. art. 30 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

Ainsi, l'octroi d'une demi-rente d'invalidité en raison d'une coxarthrose et de la lombosciatalgies, dont le versement a perduré alors que le recourant avait déjà débuté son activité au sein de Z. _____ depuis près de deux ans, suffit à lui seul à retenir l'existence d'une capacité de travail restreinte par suite d'une atteinte à la santé préexistante à l'accident et à justifier l'application de l'art. 28 al. 3 OLAA. Cela est d'autant plus vrai que l'activité exercée pour le compte de Z. _____ dès 2009 n'était manifestement pas une activité adaptée, car ni légère ni sédentaire, celle-ci impliquant de fréquents et nombreux déplacements à pied, jusqu'à plusieurs kilomètres par jour. En réalité, la reprise d'une telle activité, en sus de celle de courtier en assurances que le recourant a continué d'exercer selon ses dires à 80%, aurait dû conduire à la suppression de la demi-rente d'invalidité. Les déclarations ultérieures du recourant, selon lesquelles il n'effectuait qu'un stage à ses

débuts au sein de Z._____, sont toutefois sujettes à caution compte tenu de la jurisprudence dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure » (ATF 121 V 45 consid. 2a et TF 8C_873/2014 du 13 avril 2015 consid. 4.2.1). Elles n'emportent donc pas la conviction de la Cour de céans.

Il n'y a ainsi pas lieu d'admettre une amélioration de l'état de santé du recourant postérieurement à sa retraite.

c) Les rapports médicaux sur lesquels se fonde l'assuré pour démontrer une amélioration de son état de santé sur les plans lombaire et coxal ne permettent pas non plus d'arriver à une autre conclusion. En effet, les différentes expertises médicales figurant au dossier – dont la valeur probante doit être admise – ne traitent pas des atteintes à la hanche et au rachis lombaire, non pas parce que ces atteintes s'étaient résorbées, mais parce qu'elles n'étaient tout simplement pas l'objet de ces expertises, qui avaient été commandées par l'un ou l'autre des assureurs dans le seul but de déterminer les conséquences des atteintes consécutives à l'accident du 10 mars 2013, soit les problématiques cervicales et le syndrome douloureux persistant touchant les membres supérieurs.

En particulier, les éléments anamnésiques figurant dans ces rapports – et donc rapportés par le recourant lui-même – relatent la pose d'une prothèse de hanche, mais ne contiennent aucune indication quant aux problèmes lombaires ni au versement d'une rente d'invalidité. Il en va de même des éléments portés à la connaissance du Dr J._____, dont le rapport du 5 mai 2017 se base principalement sur les expertises des Drs B._____ et F._____, ainsi que les données communiquées par l'intéressé qui mentionnent notamment des activités professionnelles soutenues sans limitation.

On relèvera également que l'ensemble des rapports médicaux ayant servi de base aux conclusions des Drs B._____, F._____ et J._____, sont tous postérieurs à l'accident, le plus récent d'entre eux

datant du mois d'avril 2013, et concernant uniquement les problèmes cervicaux du recourant. S'il est vrai que la lettre de sortie du 15 juillet 2013 mentionne la consultation d'un neurologue en 2010 par le recourant pour un syndrome lombovertébral, le Dr V._____ ne s'est nullement déterminé sur les éventuelles conséquences de cette atteinte sur le plan de la capacité de travail. En outre, il est faux de prétendre, comme le fait le recourant, qu'il appartenait aux médecins de creuser ce point, dans la mesure où il était du ressort de l'assuré de rendre compte d'une anamnèse personnelle la plus complète et conforme à la réalité possible.

Au vu de ce qui précède, le recourant ne saurait tirer profit des rapports médicaux des Drs B._____ et J._____ pour attester une amélioration de son état de santé avant l'accident. Dans la mesure où aucune amélioration significative de ces atteintes n'est prouvée - amélioration qui, qui plus est, serait survenue dans un laps de temps compris entre le [...] 2012 (date des 65 ans de l'assuré) et le 10 mars 2013 (date de l'événement accidentel) - il convient de retenir, à l'instar de l'intimée, l'existence d'une capacité de travail réduite durablement avant l'accident par suite d'une atteinte à la santé non assurée et dissociable.

d) Il convient encore d'examiner si le calcul du taux d'invalidité auquel a procédé S._____ est correct. En d'autres termes, il s'agit de vérifier la comparaison du revenu que le recourant aurait pu réaliser compte tenu de la diminution de sa capacité de travail initiale avec celui qu'il pourrait encore obtenir en dépit des suites de l'accident et de l'atteinte préexistante.

Il ressort des pièces au dossier que le recourant a effectué 940 heures de travail au service de Z._____ durant l'année ayant précédé l'accident (cf. pièces 41 ss intimée), soit durant les mois de mars 2012 à février 2013, ce qui correspond en fait à un taux d'activité de 49.06% par rapport à un taux de travail complet. Ce taux de travail correspond d'ailleurs à la capacité de travail résiduelle du recourant retenue par l'OAI lors de l'octroi de la demi-rente d'invalidité, cet office ayant considéré que l'intéressé était à même de travailler à 50% dans une activité adaptée à

ses limitations fonctionnelles. Au titre du revenu sans invalidité, il convient donc de se fonder sur le revenu que le recourant réalisait dans son activité au sein de Z._____ à temps partiel au moment où l'accident s'est produit, adapté si nécessaire aux circonstances prévalant au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente (cf. art. 19 al. 1 LAA ; ATF 128 V 174).

Ce montant s'élève en l'occurrence à 23'502 fr. 50 pour l'activité déployée durant la période de mars 2012 à février 2013, lequel doit être porté à 23'880 fr. 25 après indexation. Les conclusions de l'intimée sur ce point doivent être confirmées.

S'agissant du revenu d'invalidité, S._____, dans sa décision initiale du 6 juin 2017, a considéré qu'il convenait de prendre en compte une capacité de travail résiduelle de 40%, s'est fondé sur le niveau de qualification 3 de la branche assurance de l'ESS et appliqué un taux d'abattement de 15%. Le recourant, qui ne conteste pas le taux d'activité de 40%, estime pour sa part que c'est le niveau de qualification 2 qui aurait dû être retenu, compte tenu de ses difficultés de concentration et qu'il convenait en outre d'opérer une déduction supplémentaire de 20%, de sorte que c'est un revenu avec invalidité de 29'389 fr. 95 qui doit être retenu.

Même à suivre les arguments du recourant s'agissant du niveau de qualification et du taux d'abattement, l'intéressé ne subit aucun préjudice économique, dans la mesure où le revenu avec invalidité apparaît dans tous les cas supérieur au revenu sans invalidité.

e) Au vu de ce qui précède, il ne peut être reproché à S._____ d'avoir refusé au recourant le versement d'une rente d'invalidité pour les suites de son accident du 10 mars 2013.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, est rejeté ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 12 septembre 2017 par S._____, est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Charles Guerry (pour X._____),
- S._____,
- 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 :