

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 mai 2023

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et Mme Manasseh-Zumbrunnen,
assesseure
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourant, représenté par Me Julien Gafner, avocat à
Lausanne,

et

A._____ **SA**, à Zurich, intimée.

Art. 17 LPGA ; 6 al. 1 et 20 al. 2 LAA

E n f a i t :

A. a) D._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], travaillait depuis le 1^{er} janvier 1992 en qualité de directeur du restaurant « S._____ ». A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès d'A._____ SA (ci-après : A._____ ou l'intimée).

Le 1^{er} janvier 2002, alors qu'il conduisait sa voiture, il a été victime d'un accident de la voie publique lors duquel il a subi un polytraumatisme.

Dans le cadre de l'instruction initiale de l'affaire par l'intimée, trois expertises médicales de l'assuré ont été réalisées (rapport d'expertise du 16 novembre 2004 du Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ; rapport d'expertise du 22 mars 2005 du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ; rapport d'expertise du 26 mai 2005 du Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). L'expert N._____ a posé un status après polytraumatisme survenu le 1^{er} janvier 200[2] et a estimé que, chez cet assuré obèse (avec une taille de 172 centimètres pour un poids de 120 kilos), la profession d'administrateur gérant de société pouvait être assumée au taux d'environ 65 à 70 %, avec la précision que l'incapacité de 30 à 35 % était définitive. Diagnostiquant un polytraumatisme sur accident de la voie publique, l'expert H._____ a, chez l'assuré présentant une obésité morbide de classe III (avec BMI [Body Mass Index] de 41 kg/m²) « prise pondérale sévère [qui] a été accélérée dans les suites du traumatisme par l'immobilisation prolongée puis par l'importante limitation fonctionnelle persistante au cours du temps et en voie d'aggravation », estimé la capacité de travail de 25 % dans une activité d'administration, en position assise exclusivement et durant de courtes périodes, séparées par le relèvement en position debout et une brève déambulation. De son côté, l'expert J._____ a diagnostiqué un status après polytraumatisme sur accident de la voie publique et a estimé, chez un patient présentant une nette surcharge pondérale depuis

longtemps, la capacité de travail résiduelle de l'ordre de 50 % vraisemblablement à vie dans toute activité administrative adaptée à l'état de santé. Il en ressort en particulier que, dans les suites d'une chute à vélo en 1976, l'assuré a présenté des séquelles d'un premier traumatisme crânio-cérébral sévère avec fracture du crâne et coma. Malgré cet accident survenu à l'âge de 12 ans, l'assuré avait, après sa scolarité obligatoire, poursuivi ses études gymnasiale et universitaire jusqu'à l'obtention d'un MBA. Selon l'expert J._____, cet ancien événement accidentel, même s'il a laissé quelques petits troubles frontaux de type désinhibition, n'entraîne pas en ligne de compte à propos des séquelles invalidantes professionnelles actuelles.

Par décision du 6 octobre 2005, A._____ a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité complémentaire LAA de 50 %, limitée au montant de la rente simple de 3'610 fr. par mois, dès le 1^{er} septembre 2005. Cette décision n'a pas été contestée.

b) Par courriel du 7 mai 2018, D._____ a déposé une demande de révision de rente auprès d'A._____ en alléguant une péjoration de son état de santé physique attestée par les médecins consultés (rapports des 14 mai, 17 juillet 2018 et 23 juillet 2019 du Dr P._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ; rapports des 8 août 2018 et 9 mai 2019 du Prof. F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ; rapport du 16 août 2018 du Prof. E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ; rapport du 19 août 2019 du Dr M._____, spécialiste en anesthésiologie ; rapport du 27 septembre 2019 de la Dre A.L._____, spécialiste en médecine interne générale).

Reprenant l'instruction du cas, A._____ a confié une expertise médicale bidisciplinaire de médecine interne et orthopédique de l'assuré au B._____ de [...] (ci-après : B._____). Dans leur rapport du 20 janvier 2020, les Drs I._____, spécialiste en médecine interne générale, et Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont posé les diagnostics suivants :

“Sur le plan de la médecine interne,

Syndrome métabolique avec :

- Diabète de type II non insulino-requérant dès 2010.
- Dyslipidémie traitée.
- Hypertension artérielle traitée.
- Obésité de classe II (BMI 37.1).
- Syndrome des apnées obstructives du sommeil traité entre 2010 et 2012.
- Stéatose hépatique (NAFLD) identifiée en 2018.

Sur le plan orthopédique,

- 1.** Arthrose sévère sous astragalienne de l’interligne du Chopart à la cheville droite.
- 2.** Arthrose sévère de l’interligne du Chopart et Lisfranc externe au pied gauche.
- 3.** Status après traumatisme de l’anneau pelvien de type « open-book » et de type C1.2 selon la classification de Tile avec disjonction de la symphyse pubienne et de l’articulation sacro-iliaque à droite, le 1^{er} janvier 2002.
- 4.** Status après fracture intra-articulaire en T non déplacée du cotyle gauche de type B selon la classification de Letournel, le 1^{er} janvier 2002.
- 5.** Status après fracture-luxation postérieure de la hanche gauche avec fracture inféro-interne de la tête fémorale de type IV selon Pipkin. Le 1^{er} janvier 2002.
- 6.** Status après fracture oblique courte des deux os de la jambe droite à la jonction tiers moyen – tiers distal avec fragments intermédiaires en aile de papillon de type B2 selon la classification de l’AO, le 1^{er} janvier 2002.
- 7.** Status après fracture multifragmentaire complexe du calcanéum droit avec enfoncement de la surface thalamique et incongruence talonaviculaire, le 1^{er} janvier 2002.
- 8.** Status après fractures multi-fragmentaires intra-articulaire du tarse gauche (scaphoïde, cuboïde, cunéiformes II et III), luxation de l’articulation du Chopart et fracture sous capitale MTII et IV, le 1^{er} janvier 2002.
- 9.** Hallux rigidus droit, fonctionnel.
- 10.** Lombopyalgie bilatérale d’origine sacro-iliaque.”

Ces experts ont estimé qu’aucun des diagnostics retenus sur le plan de la médecine interne était en rapport de causalité avec l’accident mais qu’il s’agissait de facteurs étrangers. Sur le plan orthopédique, ils étaient d’avis que l’ensemble des diagnostics était en lien de causalité certain avec l’événement du 1^{er} janvier 2002. Les experts ont conclu que, si l’activité habituelle de gérant de restaurant n’était plus possible de manière définitive, l’assuré bénéficiait d’une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée de gérant d’entreprise ou d’assistant de direction de type exclusivement sédentaire, assise mais permettant

des changements de position et des déplacements limités à l'intérieur d'un bureau, sans station debout prolongée, ni port de charge, ni montée et descente d'escalier ou escabeau. Ils ont estimé, qu'en raison de l'aggravation de son arthrose aux deux pieds et chevilles entraînant des douleurs plus sérieuses, l'intéressé présentait une importante limitation de ses capacités à marcher et rester debout, des douleurs au niveau du bassin et de la hanche gauche en station assise prolongée, en sorte qu'une baisse du rendement de l'ordre de 10 à 15 % devait être envisagée.

Se fondant notamment sur cette expertise, A. _____ a, par décision du 17 avril 2020, révisé la rente de 50 % à 56 % d'un montant de 4'286 fr. 25 dès le 1^{er} janvier 2020. Elle a retenu que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié depuis 2005, sous réserve d'une baisse de rendement de 12,5 % (c'est-à-dire une moyenne entre 10 % et 15 % de diminution) correspondant en l'espèce à une aggravation de 6,25 %.

Le 18 mai 2020, l'assuré, depuis lors assisté de Me Julien Gafner, s'est opposé à la révision de la rente de 50 à 56 % au motif d'une sous-évaluation de la part d'A. _____ de l'augmentation de son incapacité de travail en lien avec l'aggravation de son état de santé depuis l'octroi de rente initiale, en demandant la mise en œuvre d'exams médicaux complémentaires par l'assurance-accidents. A l'appui de son opposition, l'assuré a remis un certificat du 12 mai 2020 du Dr B.L. _____, spécialiste en médecine interne générale, attestant que son patient souffrait d'une cirrhose du foie et que les antalgiques puissants Targin® et Novalgine®, utilisés pour soulager les douleurs articulaires et améliorer sa mobilité, avaient dû être arrêtés car mal tolérés par le foie, et un rapport d'oesogastroduodenoscopie du 2 décembre 2020 du Dr G. _____, spécialiste en gastroentérologie, indiquant que la situation hépatologique était satisfaisante et que la surveillance endoscopique devait se poursuivre.

Dans le cadre de son instruction complémentaire, A. _____ a recueilli les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 2 février 2021 dans lequel le Dr P. _____ a fait part de douleurs fluctuantes quotidiennes nécessitant une adaptation des activités de la vie quotidienne et des temps de repos fréquents surtout au niveau des deux pieds dont l'état était inchangé. Le traitement alliait des exercices à domicile et la physiothérapie ;

- un rapport de consultation du 11 mars 2021 du Prof. T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Posant les diagnostics de coxarthrose gauche Kellgren III, de fracture de la tête fémorale gauche et des branches ilio-ischio-pubiennes gauches avec ORIF suite à un polytraumatisme (1^{er} janvier 2002) avec fracture-luxation du Chopart bilatérale, fracture du calcanéum droit et fracture de la jambe droite médio-diaphysaire traitée par fixateur externe puis clou, d'arthrose sous-talienne bilatérale prédominante à droite et d'arthrose du Chopart bilatérale, ce médecin a conclu que l'assuré souffrait de façon prépondérante de ses deux chevilles pour lesquelles il avait déjà consulté le Prof. F. _____ ; ce spécialiste avait proposé une triple arthrodèse refusée à l'époque, l'assuré souhaitant obtenir un second avis auprès du Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ;

- un nouveau rapport établi le 16 juillet 2021 par le Dr G. _____ confirmant la stabilité de la situation hépatologique de l'assuré avec une copie des examens sanguins réalisés.

Par décision sur opposition du 2 novembre 2021, A. _____ a rejeté l'opposition de l'assuré et a confirmé la décision du 17 avril 2020 de révision de la rente de 50 % à 56 %. Elle a estimé qu'en l'absence d'élément objectif contraire, il n'y avait aucun motif de s'écarter des conclusions expertales du B. _____.

B. Par acte du 1^{er} décembre 2021, D. _____, toujours représenté par Me Julien Gafner, exerce un recours à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à la réforme de la décision sur opposition

précitée en ce sens qu'il bénéficie d'une rente complémentaire d'invalidité « supérieure à un taux de 56 %, lequel sera déterminé précisément en cours d'instance » et subsidiairement, à l'annulation de la décision sur opposition attaquée ainsi qu'au renvoi de la cause à A. _____ pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il fait valoir qu'A. _____ a procédé à une instruction médicale incorrecte de son cas en se basant uniquement sur l'expertise bidisciplinaire B. _____, laquelle est lacunaire et erronée, omettant de tenir compte de nouvelles problématiques médicales auxquelles il est confronté. A titre de mesures d'instruction, il a sollicité l'audition de ses médecins (le Dr B.L. _____, la Dre A.L. _____ et le Dr G. _____) en qualité de témoins ainsi que de la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale.

Dans sa réponse du 14 février 2022, A. _____ conclut, avec dépens, au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. Elle relève le caractère probant de l'expertise bidisciplinaire B. _____, sans que les critiques du recourant ne modifient sa position.

Au terme d'un second échange d'écritures déposées les 22 avril et 11 mai 2022, les parties ont maintenu leurs positions respectives, et le recourant a produit de nouvelles pièces.

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 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. 60 al. 1 et 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. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents, singulièrement sur l'augmentation de la rente d'invalidité complémentaire LAA allouée au recourant.

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. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

La rente d'invalidité s'élève à 80 % du gain assuré, en cas d'invalidité totale ; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence. Si l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, une rente complémentaire lui est allouée; celle-ci correspond, en dérogation à l'art. 69 LPGA, à la différence entre 90 % du gain assuré et la rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants, mais au plus au montant prévu pour l'invalidité totale ou partielle (art. 20 al. 1 - 2 LAA).

c) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 applicable en l'espèce eu égard à la date de demande de révision de la rente), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Peut en particulier justifier une révision une modification sensible de l'état de santé ou des conséquences sur la capacité de gain d'un état de santé resté en soi le même (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 et les arrêts cités). En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et les références). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment où la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente a été rendue, avec les circonstances au moment de la décision de révision (ATF 133 V 108 consid. 5).

d) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

e) 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

f) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

g) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

h) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. 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_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 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 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

4. Dans un premier moyen, le recourant fait valoir que la péjoration de son état de santé intervenue depuis 2005 est en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 1^{er} janvier 2002, l'intimée ayant procédé de son côté à une appréciation erronée et lacunaire de la cause.

a) Le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir tenu compte du lien de causalité avec l'accident des diagnostics de médecine interne (diabète, dyslipidémie, hypertension, obésité, syndrome des apnées obstructives du sommeil et stéatose hépatique) et ainsi de se baser sur un tableau clinique lacunaire. Il argue que ses problèmes de santé de médecine interne constatés par les experts du B._____ sont des conséquences de son obésité de classe II, laquelle est survenue à la suite de son accident de la voie publique (dont il a découlé une « sérieuse perte de mobilité »). Or, il sied de constater, d'une part que l'obésité avait déjà été constatée en 2004 lors des trois précédentes expertises au dossier ainsi que par le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans le cadre du dossier avec l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), mais sans qu'il n'y ait de conséquences pour la santé à ce moment-là,

d'autre part, qu'aucun des trois experts de l'époque n'avait estimé que ladite obésité était en lien de causalité avec l'accident, tout au plus était-elle possible, dans la mesure où le recourant se trouvait déjà en surpoids avant l'événement du 1^{er} janvier 2002. Ainsi, on constate qu'en seconde page du rapport d'expertise du 26 mai 2005 du Dr J._____ il est écrit que « le patient présente une nette surcharge pondérale depuis longtemps ». En page 3 de son rapport du 27 juin 2003 (référéncé sous la pièce 16 produite le 22 avril 2022 par le recourant avec sa réplique), le Dr Z._____ décrit un patient qui pèse déjà 107 kilos. De son côté, le DrH._____ expose que « cette prise pondérale sévère a été accélérée dans les suites du traumatisme par l'immobilisation prolongée puis par l'importante limitation fonctionnelle persistante au cours du temps et en voie d'aggravation » (rapport d'expertise du 22 mars 2005, p. 19).

Il convient de rappeler que, selon la jurisprudence, l'obésité ne peut être constitutive d'invalidité que si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (TF 9C_49/2019 du 3 mai 2019 consid. 5.3 ; TF 9C_48/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.3). Tel n'est pas le cas en l'espèce. Le seul fait que le recourant a encore pris du poids, à tout le moins n'en a pas perdu après son accident, n'est pas de nature à établir - ou rendre vraisemblable à tout le moins - que l'obésité du recourant a eu pour conséquence les six atteintes somatiques précitées et que sa capacité de travail s'en trouve réduite de manière sensible. Les pièces médicales au dossier, à l'instar de l'expertise du B._____, tendent à nier ou nient la causalité naturelle (et adéquate) entre l'accident de 2002 et l'obésité de classe II.

Il ressort en outre d'un rapport du 23 juillet 2019 du Dr P._____ que le recourant souffre de diabète type 2 « sans rapport de causalité avec l'accident du 01.01.2002 ». Le rapport du 19 août 2019 du Dr M._____ avance le même constat : « diabète, non insulinorequérant sans rapport de causalité avec l'accident du 01.01.2002 ». De même, la

Dre A.L._____ retient dans son rapport du 27 septembre 2019 déjà les diagnostics de syndrome métabolique, diabète, HTA [hypertension artérielle], dyslipidémie, obésité et NASH et les déclare « sans rapport de causalité avec l'accident du 01.01.2002 ». Il ressort enfin à la page 14 du rapport d'expertise bidisciplinaire du 20 janvier 2020 du B._____ que l'assuré déclare qu'il a toujours été en surpoids dès le début de l'adolescence, se trouvant entre 85 et 88 kilos à l'âge de 15 ans, et qu'en 2010 la Dre A.L._____ a diagnostiqué un diabète de type 2 à caractère familial.

Quant au syndrome des apnées obstructives du sommeil, il ne serait plus traité depuis 2012 (rapport d'expertise pluridisciplinaire du 20 janvier 2020 du B._____, p. 32), suggérant au contraire une amélioration de cette atteinte à la santé.

Sur le vu de ce qui précède, les diverses affections de la médecine interne sont sans influence sur le traitement lié à l'accident et n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant. Le grief doit être écarté.

b) Le recourant plaide par ailleurs que ses troubles de la concentration ont été écartés à tort et que ces atteintes à la santé incapacitantes sont en lien de causalité avec l'accident de 2002 et ne constituent pas des séquelles d'un premier traumatisme crânio-cérébral sévère avec fracture du crâne et coma en 1976 lors d'une chute à vélo ; les Drs W._____ (médecin auprès du Service régional médical de l'assurance-invalidité) et J._____, respectivement en 2004 et 2005 déjà, auraient admis que de telles difficultés ont une incidence « notable » sur la capacité de gain. Il rappelle qu'il a pu mener une vie « normale » (études, sport [en particulier le football], activité professionnelle, etc.) sans aucun trouble avant son accident de la voie publique datant de 2002.

S'agissant des troubles de la concentration et mnésiques avancés, il sied de relever qu'il est certes constaté en page 5 du rapport d'expertise du 22 mars 2005 du Dr H._____ que le recourant « s'estime

libre de toutes séquelles relatives à cet ancien accident », mais que ce médecin retient qu'il « n'a présenté que des troubles mineurs » et n'a donc pas entièrement exclu toute séquelle à cet égard. De son côté, le Dr J._____ n'a pas non plus exclu toute séquelle ; dans son rapport d'expertise du 26 mai 2005, en page 2, il expose ainsi que l'assuré « semble avoir bien récupéré et n'a pas présenté de troubles d'origine centrale en particulier ».

Dans son rapport d'expertise, le Dr J._____ est d'avis (p. 7) que le tableau clinique mis en évidence en mars 2002 par les neurologues du CHUV est « compatible » avec les séquelles d'un trouble crânio-cérébral (TCC) suggérant une souffrance légère, peu spécifique et que les troubles dont se plaignait le recourant « pourraient suggérer une atteinte discrète de type frontale » lesquelles pourraient expliquer en partie les plaintes de l'intéressé connu pour deux TCC. Quant à l'expertise pluridisciplinaire de décembre 2019 du B._____, elle relate (en page 30) que « l'aggravation de ces troubles depuis trois ans environ n'a pas été documentée par un nouvel examen des fonctions cognitives » et qu'« il est peu vraisemblable qu'elle soit consécutive à l'accident de 2002, une aggravation quinze ans plus tard n'étant pratiquement pas possible ». S'agissant des atteintes cognitives, il résulte donc des expertises diligentées, et non seulement de celle litigieuse au B._____, que tant l'un que l'autre des TCC du recourant pourraient être à l'origine des troubles. Le fait que celui subi le 1^{er} janvier 2002 - qualifié de léger - pourrait être à l'origine des maux cognitifs n'est pas davantage vraisemblable que celui datant de 1976 qui faisait suite à un coma prolongé (cf. sur ce point, le rapport d'expertise du 26 mai 2005 du Dr J._____, p. 11 mais surtout 26, qui semble privilégier l'implication du premier événement de 1976 au vu de son importance). Il reste qu'il est tout au plus uniquement possible que les atteintes cognitives trouvent leur origine dans l'un des deux TCC, d'ailleurs plus vraisemblablement le premier (rapport d'expertise pluridisciplinaire du 20 janvier 2020 du B._____, p. 32). Un lien de causalité naturelle (et adéquate) entre l'accident du 1^{er} janvier 2002 et l'aggravation de ces troubles, sur la base

des expertises au dossier, n'est pas établi au stade de la vraisemblance requise, en sorte que la critique est mal fondée.

c) En définitive, c'est de manière non critiquable que l'intimée a retenu que les diagnostics de médecine interne (figurant aux chiffres 1 à 6 de la décision attaquée) et les troubles de la concentration et mnésiques – sans égard à leur influence sur la capacité de travail – ne pouvaient être mis en relation de causalité naturelle (et adéquate) avec l'accident de voiture du 1^{er} janvier 2002 et a refusé de les prendre en considération dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant à la suite de cet événement accidentel.

5. a) Le recourant conteste ensuite le taux d'invalidité de 56 % retenu en faisant valoir que l'augmentation de 6 % d'incapacité de travail en raison de la péjoration de son état de santé intervenue est trop faible, partant arbitraire, car ne prenant en compte que sa perte de la capacité de travail sur le plan orthopédique. A suivre le recourant, en se fondant uniquement sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du 20 janvier 2020 du B._____, non probant, l'intimée a procédé à une appréciation erronée de son cas, en écartant les diagnostics de la médecine interne et en omettant de tenir compte de la péjoration de sa santé intervenue au cours des deux années ayant suivi cette expertise, lui interdisant désormais la prise d'antalgiques et partant de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à son état de santé.

b) Il résulte de ce qui précède que les diagnostics de médecine interne et ceux relatifs à des troubles de la concentration, mnésiques, ne peuvent être mis en lien de causalité (naturelle et adéquate) avec l'accident de 2002 (cf. consid. 4 *supra*), en sorte que leur éventuelle influence sur la capacité de travail résiduelle du recourant est ici sans pertinence.

c) Il convient donc d'examiner uniquement si la diminution de 6 % de la capacité de travail en raison de l'aggravation de la symptomatologie orthopédique, sur la base de l'ensemble du dossier et

pas uniquement les conclusions du B._____, tient suffisamment compte de cette péjoration.

aa) Les experts du B._____ retiennent, sur le plan orthopédique, une « nette aggravation » de l'état de santé du recourant avec des douleurs aux pieds et aux chevilles (« un important enraidissement douloureux des articulations médio tarsienne et sous astragalienne avec une malposition en varus de l'arrière pied gauche ») depuis la dernière expertise de mai 2005 du Dr J._____, laquelle entrave la poursuite de l'activité habituelle de gérant de restaurant de manière définitive (rapport d'expertise pluridisciplinaire du 20 janvier 2020 du B._____, p. 33 ss). Aux dires des experts, les douleurs aux pieds et aux chevilles empêchent l'intéressé de marcher hors de chez lui, de monter et descendre les escaliers et l'obligent à se déplacer en vélo à assistance électrique (rapport d'expertise pluridisciplinaire du 20 janvier 2020 du B._____, p. 36). L'expertise B._____ estime qu'une activité adaptée sédentaire (à savoir une activité de gérant d'entreprise et/ou d'assistant de direction exercée assise mais permettant des changements de position et des déplacements limités à l'intérieur d'un bureau, sans station debout prolongée, ni port de charge, ni montée et descente d'escalier ou d'escabeau) est exigible à mi-temps de la part du recourant avec une baisse de rendement de l'ordre de 10 à 15 %.

Sur la base de ces constatations et conclusions médicales, l'intimée a pris en compte une baisse de rendement moyenne de 12,5 % et recalculé la capacité de travail du recourant qui s'est dégradée de 50 à 56 %.

Il sied de relever que, dans la décision sur opposition, l'intimée a répondu aux griefs du recourant en lien avec le fait qu'elle n'avait pas tenu compte des diagnostics de médecine interne et des troubles de concentration invoqués dans le cadre de son instruction du cas. Le recourant n'a pas contesté les conclusions des experts du B._____. Il s'ensuit que l'intimée ne peut se voir reprocher une violation du devoir de motivation de sa décision, le simple fait que la réponse donnée est

succincte et ne correspond pas à ce que le recourant souhaitait être retenu pour l'examen de sa situation ne change rien.

Sur le fond, il convient de constater que les problématiques de la médecine interne relevés par les experts du B._____ et les troubles de la concentration et mémoire allégués ont à juste titre été écartés de l'évaluation de la capacité de travail du recourant en raison du défaut de lien de causalité avec l'accident du 1^{er} janvier 2002. Pour le surplus, le recourant n'avance aucun élément objectif et concret de nature à remettre en cause l'estimation de sa capacité de travail résiduelle par l'intimée, en sorte que la baisse de rendement moyenne de 12,5 %, respectivement l'augmentation de 6 % d'incapacité de travail retenue depuis 2020 ne prête pas le flanc à la critique. En particulier, le rapport du 2 février 2021 du Dr P._____ fait part d'un état de santé inchangé du recourant et n'est donc pas un élément susceptible de revoir l'estimation de l'intimée au motif d'une appréciation erronée en regard de la péjoration sur le versant rhumatologique.

bb) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité a également été admise : ATF 133 V 549 consid. 6). En l'espèce, l'intimée était en droit de procéder à la révision de la rente d'invalidité du recourant en faisant abstraction de la décision rendue par les organes de l'assurance-invalidité qui n'a pas de force contraignante pour l'assurance-accidents. En effet, les critères pris en compte ne sont pas similaires entre les deux assurances sociales et la prise en charge est plus large en assurance-invalidité qu'elle ne l'est en assurance-accidents, en sorte que l'analogie n'est pas pertinente. Cela vaut d'autant plus que le recourant présente d'autres troubles à la santé sans lien aucun avec l'accident de 2002 et qui n'ont pas à être examinés par l'intimée.

cc) Reste encore à savoir, si la cessation de la prise des antalgiques permettant de soulager les douleurs articulaires, postérieure à

l'expertise du B._____, en raison d'un risque de toxicité sur le foie, a, comme allégué, une incidence sur la capacité de travail résiduelle et devrait être prise en considération.

Selon le rapport d'oesogastroduodenoscopie du 2 décembre 2020 effectuée par le Dr G._____, la cirrhose reste compensée chez le recourant qui ne présente aucun nouveau symptôme et aucun élément quelconque n'est attesté quant à une conséquence de la prise de médicaments sur l'état du foie, *a fortiori* de l'existence de douleurs non traitées. Les mêmes constats s'imposent s'agissant du nouveau rapport du 16 juillet 2021 de ce médecin qui, sur la base de son examen de contrôle, confirme la compensation de la cirrhose.

Dans un rapport du 28 janvier 2022 adressé au Dr G._____ (pièce 18 produite le 22 avril 2022 par le recourant avec sa réplique), le Prof.C._____, spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie, indique que « actuellement la cirrhose est compensée et le foie fonctionne encore ». Ce médecin ne fait, à son tour, pas mention d'une prohibition de médicament, *a fortiori* de douleurs ne pouvant être traitées avec une répercussion sur la capacité de travail.

Enfin, dans un rapport du 23 février 2022 de CT abdomen réalisé le jour précédent (pièce 19 produite le 22 avril 2022 par le recourant avec sa réplique), la Dre A._____, spécialiste en radiologie, a conclu à une « absence de signe de décompensation cirrhotique, notamment absence de splénomégalie ni de développement de réseau veineux des collatérales ni de reperméabilité de la veine para-ombilicale », parlant aussi de cirrhose compensée.

Au vu de ce qui précède, le recourant ne convainc pas lorsqu'il plaide ne plus être en mesure de soulager ses douleurs comme il parvenait à le faire auparavant.

d) En définitive, aucune pièce médicale remet en doute le raisonnement de l'assurance intimée qui, sur la base d'une baisse de

rendement moyenne de 12,5 %, a recalculé la capacité de travail du recourant qui s'est dégradée de 50 à 56 %. Par ailleurs, aucune violation de son devoir d'instruction ou de motiver ne peut être reproché à l'intimée. A nouveau, le grief doit être rejeté.

6. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît ainsi inutile et les requêtes formulées en ce sens par le recourant dans ses écritures - à savoir l'audition de ses médecins (le Dr B.L._____, la Dre A.L._____ et le Dr G._____) en tant que témoins ainsi que la réalisation d'une nouvelle expertise médicale - doivent dès lors être rejetées. Ces médecins se sont exprimés dans des rapports médicaux écrits, ce qui est suffisant, sans qu'il ne soit nécessaire de les entendre oralement ; leurs rapports ne permettent en effet pas de jeter le doute sur les expertises, singulièrement celle du B._____. L'ensemble du dossier est cohérent et aucune mesure d'instruction supplémentaire ne s'avère nécessaire. Il en va de même de la requête de mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale, aucun élément au dossier n'est susceptible de remettre en cause les conclusions et de rendre ainsi nécessaire une expertise supplémentaire. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

7. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). L'intimée n'y a pas davantage droit, dès lors qu'elle a agi en qualité d'institution chargée de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 2 novembre 2021 par
A. _____ SA est confirmée.

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

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Julien Gafner (pour D. _____),
- A. _____ SA,
- 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 :