

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 novembre 2009

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Gutmann et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

M._____, à Ecublens, recourant, représenté par Me D._____, avocate à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après: CNA), à Lucerne, intimée, représentée par Me Y._____, avocat à Lausanne.

Art. 18 al. 1 LAA; 7 et 16 LPGA

E n f a i t :

A. **a)** M. _____ (ci-après: le recourant), né en 1954, a travaillé depuis le 1^{er} mars 1999 en qualité de chauffeur-livreur pour le compte de la société Q. _____. A ce titre, il était assuré en assurance-accidents LAA auprès de la CNA.

b) Par déclaration LAA du 22 août 2005, l'employeur du recourant a annoncé un accident subi par ce dernier, dans le cadre du travail, le 19 août 2005. Selon cette déclaration, le recourant, en sortant d'un fourgon de livraison, avait glissé et, en tentant de se rattraper, s'était fait mal au bras droit. Il a souffert d'une fracture comminutive de la tête radiale et du cubitus proximal, ce qui a nécessité une intervention chirurgicale en date du 25 août 2005. Le cas a été pris en charge par la CNA.

Le 2 janvier 2006, le recourant a repris son ancienne activité de chauffeur-livreur. En août 2006, il a fait une rechute, ce qui a nécessité une nouvelle intervention chirurgicale réalisée par le Dr V. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Le 24 octobre 2006, la tentative de reprise de travail du recourant dans son ancienne activité de chauffeur-livreur a échoué en raison des douleurs ressenties par celui-ci à l'avant-bras droit, particulièrement lors de rotations. Le recourant a refusé un poste de magasinier, que lui avait offert son employeur, estimant que ce poste était inadapté à l'état de son bras droit.

Selon le rapport du Dr V. _____ du 3 novembre 2006, la situation du recourant était stabilisée et la dernière intervention chirurgicale avait apporté une nette amélioration de la mobilité et permis une régression des douleurs d'environ 30%. Le Dr V. _____ a également signalé que le traitement suivi par le recourant était, à cette date, terminé et que seuls des contrôles étaient effectués tous les six mois. Ce cas a également été pris en charge par la CNA.

c) Dans son rapport médical du 19 janvier 2007 à l'intention de l'Office AI, le Dr V._____ a indiqué que l'état de santé du recourant était stationnaire, que sa capacité de travail ne pouvait pas être améliorées par des mesures médicales et que des mesures professionnelles étaient indiquées.

B. a) Lors de l'examen médical du 9 mars 2007, le recourant a déclaré au Dr X._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la CNA, que:

- La dernière intervention chirurgicale lui avait permis de gagner un peu de mouvement du coude. Il a cependant souligné que son coude demeurait douloureux lorsqu'il le pliait ou le tendait à pleine amplitude;
- Il lui arrivait de ressentir des douleurs la nuit selon la position, avec parfois un engourdissement des deux derniers doigts de la main;
- Depuis qu'il avait arrêté la physiothérapie, il avait moins de douleurs;
- Lorsqu'il avait trop mal, il traitait par emplâtre de Flector et il lui arrivait, de temps en temps, de prendre un Dafalgan;
- Il était encore parfois dérangé par des douleurs du poignet; autrement, il n'avait pas d'autres plaintes; et
- Il ne suivait plus de traitement médical, mais il effectuait encore des contrôles chez le Dr V._____, le prochain devant avoir lieu dans quelques mois.

A l'examen clinique, le Dr X._____ a relevé que la gestuelle du recourant était bien conservée mais que la mobilité du coude était limitée en flexion-extension ainsi qu'en pro-supination - diminution d'environ 30% de l'amplitude articulaire globale du coude droit - avec douleurs en position d'amplitude maximale dans tous les axes. Le Dr X._____ a également noté une hypoesthésie dans le territoire du nerf cubital à droite.

Sur le plan de l'exigibilité médicale, le Dr X._____ a estimé qu'une capacité de 100% pouvait être mise en valeur dans toute activité ne nécessitant pas de sollicitation soutenue du membre supérieur droit (côté dominant) ni le port de charges supérieures à 10 kg. En ce qui

concerne l'atteinte à l'intégrité du recourant, le Dr X. _____ l'a estimée à 20%.

b) Par courrier du 5 juin 2007, la CNA a avisé le recourant, par l'intermédiaire de son représentant de l'époque, Me B. _____, de son intention de mettre un terme à la prise en charge des soins médicaux et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2007 au soir. Cependant, les quelques contrôles médicaux encore nécessaires demeureraient pris en charge.

c) Par courrier du 21 juin 2007, le recourant, par son représentant de l'époque, a informé la CNA que les douleurs qu'il éprouvait au bras droit, lors de toute utilisation de ce membre, avaient tendance à s'aggraver, qu'il avait vu le Dr V. _____ le 15 juin 2007 et que celui-ci aurait attesté de son incapacité totale de travail. Il a considéré qu'en l'état, sa situation lui permettait d'obtenir une rente entière de l'assurance-accidents et qu'il était improbable de trouver un poste de travail adapté à son état de santé (quasi mono-manuel privé de l'usage de son membre dominant).

d) Dans son rapport médical du 9 juillet 2007 à l'intention de l'Office AI, le Dr V. _____ a indiqué que l'état de santé du recourant était, tant d'un point de vue objectif que subjectif, demeuré stable depuis sa dernière appréciation du 19 janvier 2007. A son sens, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était de 100%, dès six mois à partir de la dernière intervention chirurgicale, c'est-à-dire dès mi-février 2007.

C. a) Le 14 septembre 2007, la CNA a rendu une première décision accordant au recourant une rente d'invalidité AA de 20% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 20%. Le recourant, par son représentant de l'époque, a formé opposition, le 16 octobre 2007, contre cette décision de la CNA. Il s'est prévalu du fait que, bien qu'elle reconnût qu'une activité pouvait être considérée comme adaptée à la condition que celle-ci assurât une sollicitation non soutenue du membre supérieur droit,

la CNA s'était pourtant appuyée sur des activités ressortant de descriptions de poste de travail (DPT) nécessitant un usage constant des deux mains et même une certaine dextérité. Selon le recourant, ces DPT requéraient une sollicitation de son bras droit incompatible avec ses limitations fonctionnelles, pourtant reconnues par la CNA.

Suite à l'opposition du recourant, la CNA a soumis les DPT contestées à l'appréciation de son médecin d'arrondissement, le Dr X._____. Le 8 novembre 2007, celui-ci a estimé que les activités ressortant de ces DPT n'étaient pas adaptées à l'état de santé du recourant, car elles impliquaient de fréquents ports de charge. Une nouvelle série de DPT a alors été soumise au Dr X._____, lequel a jugé, le 15 novembre 2007, que les activités ressortant de cette nouvelle série de DPT pouvaient sans restriction particulière être réalisées par le recourant.

b) Suite à l'appréciation du Dr X._____ relatives aux nouvelles DPT, la CNA a retenu que le recourant était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition que le membre supérieur droit ne fût pas mis à forte contribution et que le port de charges ne dépassât pas 10 kg. Une telle activité était exigible du recourant durant toute une journée et lui aurait permis de réaliser un revenu d'environ 4'450 fr. par mois. Comparé au gain de 5'600 fr. par mois qu'il aurait pu réaliser s'il n'avait pas souffert de l'accident, il en résultait une perte de 20,54%. La CNA a alors décidé, le 15 janvier 2008, d'allouer au recourant une rente d'invalidité de 21% à compter du 1^{er} septembre 2007. A l'instar de ce qu'elle a prononcé dans sa décision du 14 septembre 2007, elle lui a également octroyé une IPAI de 20%.

c) Le recourant, par son représentant de l'époque, a formé opposition à cette décision, le 29 janvier 2008. Les motifs invoqués, principalement contre les nouvelles DPT, sont identiques à ceux de l'opposition formée le 16 octobre 2007 contre la décision du 14 septembre 2007 de la CNA - soit principalement contre les premières DPT proposées par la CNA. En ce qui concerne l'IPAI, le recourant a admis que sa

détermination n'était pas insoutenable, mais il s'y est opposé dans la mesure où notamment de nouvelles investigations médicales voire une expertise pourraient être réalisées prochainement.

Par décision sur opposition du 5 mars 2008, la CNA a rejeté l'opposition du recourant et a confirmé son taux d'invalidité de 21% et son degré d'atteinte à l'intégrité de 20%.

d) Dans son projet de décision du 3 avril 2008, l'Office AI a retenu que le recourant présentait, à l'échéance du délai d'attente d'un an, un degré d'invalidité de 100%, mais que, par la suite, son état de santé s'était amélioré au point d'envisager une reprise d'activité à un taux de 100%, dès mi-février 2007, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et ne nécessitant pas de qualifications particulières (par exemple activités industrielles légères).

L'Office AI s'est alors proposé d'octroyer au recourant une rente AI entière limitée dans le temps - pour la période du 19 août 2006 au 31 mai 2007 (soit jusqu'à trois mois après l'amélioration de l'état de santé du recourant).

D. a) M. _____, par son représentant de l'époque, a recouru à l'encontre de la décision sur opposition du 5 mars 2008 de la CNA (cf. lettre C.c supra).

En substance, le recourant a contesté les nouvelles DPT, qui ont l'objet d'une appréciation du Dr X. _____, le 15 novembre 2006. A son sens, ces DPT ne sauraient correspondre à une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En particulier, ces DPT requerraient l'usage des deux mains, voire de la force, une grande habileté, l'absence de tremblement - en particulier, en raison de sollicitations musculaires constantes - et de la patience. Selon le recourant, ces nouvelles DPT seraient identiques aux premières, lesquelles ont été jugées inadaptées par le Dr X. _____, le 8 novembre 2006.

Le recourant a fait remarquer que sur le plan médical, toute sollicitation continue de la main et du bras droits entraînait des douleurs et des tremblements, l'obligeant à cesser pendant un temps assez long, afin de diminuer le seuil de la douleur. Il a également rappelé que le Dr V._____, dans son rapport du 19 janvier 2007, avait reconnu une évolution défavorable, avec raideur et douleurs, qui avait motivé une révision chirurgicale. Il a en outre considéré que sa capacité de travail de 100% dans une activité adaptée ne pourrait exister qu'à la condition de trouver une telle activité. Or, à son sens, une activité manuelle ne semblait pas envisageable, compte tenu de son état de santé, lequel lui interdisait également d'exercer une profession commerciale ou dans l'informatique. Quant à une activité strictement intellectuelle, elle lui était inaccessible.

Le recourant s'est notamment référé à l'arrêt TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008, selon lequel on ne saurait exiger des activités irréalistes ou supposant de trop grands sacrifices de la part d'un éventuel employeur. Il s'est également prévalu d'une décision de 1998 de la Commission fédérale de recours, selon laquelle il s'avérait inapproprié pour l'Office AI de reprendre la comparaison des revenus effectuée par la CNA, lorsque cette dernière n'avait pas défini les activités entrant en ligne de compte.

Le recourant a proposé une expertise permettant de faire la lumière, par un contrôle pratique effectif de certaines activités industrielles fines, sur la possibilité qu'il aurait éventuellement de les exercer dans la pratique.

b) Dans sa réponse du 18 août 2008, la CNA, par son représentant, a souligné que le litige portait uniquement sur la quotité de la rente d'invalidité octroyée et que le recourant ne contestait pas le revenu hypothétique sans invalidité, mais uniquement celui avec invalidité.

En ce qui concerne la référence à l'arrêt TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008, la CNA a considéré qu'il n'était pas pertinent en l'espèce, car la situation du recourant n'était pas identique à celle de l'assurée objet de cet arrêt. En effet, à la différence de cette dernière, le recourant ne présentait pas de limitations fonctionnelles de la nuque ni une atteinte bilatérale des membres supérieurs. Au sens de la CNA, l'éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services était donc bien plus large pour le recourant que pour l'assurée objet de l'arrêt dont celui-ci s'est prévalu.

Sur le plan médical, aucun élément ne permettait, selon la CNA, de constater une aggravation de l'état de santé du recourant. Les activités de la seconde série de DPT étaient adaptées à son état de santé, de sorte qu'elles étaient et devaient continuer à être considérées comme conformes à ce qui pouvait être exigé du recourant. La CNA a dès lors conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision sur opposition du 5 mars 2008.

c) Dans sa réplique du 3 février 2009, le recourant, désormais représenté par Me D._____, a fait valoir un rapport d'expertise du 29 janvier 2009 du Dr G._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a constaté des séquelles post-traumatiques de la lésion dont a souffert le recourant. Selon le Dr G._____, l'exercice d'une activité minutieuse ou répétitive, à l'exemple d'un ouvrier d'usine fabricant des pièces fines pour l'horlogerie, n'était pas possible, le recourant devant éviter le port de charges et le travail répétitif ou minutieux. Il a également estimé que la question de l'existence d'une activité adaptée aux atteintes que présentait le recourant n'avait pas été investiguée et que des examens médicaux supplémentaires étaient nécessaires. Fort de l'avis du Dr G._____, le recourant a soutenu que les activités ressortant de la seconde série de DPT n'étaient pas adaptées et que dès lors la question de l'existence d'une activité adaptée, et partant de l'existence d'une capacité de travail résiduelle, n'avait pas été suffisamment investiguée.

Le recourant a alors conclu au maintien de l'intégralité des moyens développés dans son recours ainsi qu'à celui de sa requête d'expertise.

d) Dans sa duplique du 5 mars 2009, la CNA, par son représentant, a souligné notamment que:

- La réplique se fonde essentiellement sur le rapport médical unilatéral que le recourant s'est employé à requérir en cours de procédure; et
- De grandes réserves devaient être émises à l'égard de l'expertise du Dr G._____, car celui-ci n'a eu en mains que les documents remis par le recourant et non l'ensemble du dossier le concernant. En particulier, ont fait défaut les diverses appréciations du Dr X._____ et les observations de l'inspecteur de la CNA.

La CNA a en outre relevé que, selon le Dr G._____, la mobilité du coude droit du recourant se trouvait dans l'arc fonctionnel habituel. Par voie de conséquence, selon la CNA, une telle mobilité devait être suffisante pour la plupart des activités. Par ailleurs, les appréciations du Dr G._____, lequel a employé le terme "modéré" ou "modérément" en ce qui concerne la raideur et l'instabilité du membre supérieur droit, ne permettaient pas de soutenir que le recourant était dans une situation de "quasi mono-manuel". Finalement, la CNA a relevé que, si l'examen des principaux muscles au niveau de l'épaule droite ou du triceps droit du recourant s'était avéré normal, le Dr G._____ lui-même avait indiqué que "l'examen de la force des autres groupes musculaires au coude, au poignet et à la main, est plus sujette à caution, car on ne parvient pas à savoir si le patient lâche intentionnellement ou en raisons des douleurs occasionnées".

La CNA a conclu que l'expertise du Dr G._____ ne permettait pas de remettre en cause les conclusions du Dr X._____, d'autant moins que ces dernières se recoupaient avec celles du Dr V._____. Dès lors, la requête d'expertise médicale du recourant n'était pas justifiée. Pour le surplus, la CNA a maintenu ses conclusions, en particulier le rejet du recours et la confirmation de sa décision sur opposition.

e) Dans ses déterminations du 9 mars 2009, le recourant, par sa représentante, a proposé de transmettre son dossier complet au Dr G._____, afin que celui-ci puisse pallier les lacunes supposées du rapport qu'il a rendu le 29 janvier 2009.

Dans ses déterminations du 2 avril 2009, la CNA, par son représentant, a considéré que le rapport du Dr G._____ n'était pas formellement une expertise. En outre, elle a refusé qu'un médecin mandaté, dans un premier temps, par le recourant puisse, dans un second temps, revêtir le rôle d'un expert judiciaire, raison pour laquelle elle a jugé inutile de transmettre au Dr G._____ le dossier complet du recourant. En tout état de cause, selon la CNA, le Dr G._____ avait déjà fondé son opinion.

Pour le surplus, ni les déterminations du recourant ni celles de la CNA n'ont apporté d'éléments nouveaux ou modifié leurs conclusions respectives.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 831.1) 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 sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recourant étant domicilié dans le canton de Vaud, son recours, interjeté en temps utiles auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (cf. la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'occurrence, est litigieuse la question de la quotité de la rente d'invalidité AA, en particulier le montant du revenu hypothétique avec invalidité retenue par la CNA pour déterminer la quotité de cette rente.

3. **a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, 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 réputée 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. Sont réputés accidents professionnels les accidents dont est victime l'assuré lorsqu'il exécute des travaux sur ordre de son employeur ou dans son intérêt (art. 7 al. 1 let. a LAA).

Si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité est réputée incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215, consid. 7.2, et les références citées).

b) aa) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, 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.

La comparaison des revenus (revenu avec invalidité et revenu sans invalidité) 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 128 V 29, consid. 1; 104 V 135, consid. 2a et 2b).

bb) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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; 115 V 133, consid. 2; 114 V 310, consid. 3c; 105 V 156, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA, I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

cc) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin

se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées).

4. a) aa) En l'espèce, le Dr V._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a suivi le recourant depuis sa rechute survenue en août 2006. Depuis cette période, il a été le seul médecin à traiter le recourant et connaît dès lors son cas non seulement dans sa globalité mais également dans son évolution. Ses rapports ont toujours été constants et jamais contradictoires (cf. lettres A et B.d supra). Par ailleurs, le Dr X._____, également spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement CNA, lequel a également examiné le recourant (cf. lettre B.a supra), a abondé dans le sens du Dr X._____. Force est de constater que les avis de ces deux médecins sont convergents et non contradictoires.

En ce qui concerne le pronostic du Dr V._____, invoqué par le recourant dans son recours, selon lequel la situation de celui-ci connaîtrait une évolution défavorable (cf. lettre D.a supra), il convient de relever qu'il s'agit d'un pronostic émis avant la seconde intervention chirurgicale, qui a eu lieu suite à la rechute en août 2006. C'est

notamment cette évolution défavorable qui a conduit à la seconde intervention chirurgicale. Suite à celle-ci, tant le Dr V. _____ que le Dr X. _____ ont constaté que l'état du recourant était stationnaire et que l'opération avait permis une amélioration de la mobilité du coude et une diminution des douleurs de l'ordre de 30% - ce qu'a également reconnu le recourant (cf. lettre B.a supra). Dans ces circonstances, on ne peut dès lors soutenir que, suite à la seconde intervention, la situation du recourant évoluerait de manière défavorable.

bb) Les avis des Drs V. _____ et X. _____ ne sauraient être remis en cause par le rapport, daté du 29 janvier 2009, du Dr G. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, mandaté par le recourant, selon lequel:

- L'exercice d'une activité minutieuse ou répétitive, à l'exemple d'un ouvrier d'usine fabricant des pièces fines pour l'horlogerie, n'était pas possible, le recourant devant éviter le port de charge et le travail répétitif ou minutieux;
- La question de l'existence d'une activité adaptée aux atteintes que présentait le recourant n'avait pas été investiguée; et
- Des examens médicaux supplémentaires étaient nécessaires.

En effet, ce rapport doit être admis avec réserve compte tenu des circonstances entourant son établissement (mandat du recourant sans consultation préalable de la CNA; cf. chiffre 3b/cc supra) et du fait qu'il n'a pas été établi sur la base de l'ensemble du dossier du recourant, ce que ce dernier a par ailleurs reconnu (cf. lettres D.c et D.d supra).

Au demeurant, selon le Dr G. _____, la mobilité du coude droit du recourant se trouvait dans l'arc fonctionnel habituel. Ce praticien a, en outre, considéré que la raideur et l'instabilité du membre supérieur droit étaient modérées et que l'examen des principaux muscles au niveau de l'épaule droite ou du triceps droit du recourant s'était avéré normal. En revanche, l'examen de la force des autres groupes musculaires au coude, au poignet et à la main, était sujet à caution, car il avait été impossible au

Dr G._____, de son propre aveu, de savoir si le patient lâchait intentionnellement ou en raisons des douleurs occasionnées.

Au vu des circonstances, l'unique rapport du Dr G._____ n'est pas à même à remettre en cause les différents rapports des Drs V._____ et X._____, seuls ces derniers ayant pu examiner le cas du recourant dans sa globalité et compte tenu de son évolution.

cc) Dès lors, force est de constater que, depuis l'intervention chirurgicale qui a fait suite à la rechute du recourant en août 2006, la situation du recourant était, d'un point de vue objectif et subjectif, stationnaire – d'autant plus que depuis fin 2006/début 2007, le recourant ne suivait plus de traitement –, que cette intervention a apporté une nette amélioration de la mobilité et permis une régression des douleurs d'environ 30%, qu'aucune mesure médicale ne permettrait d'améliorer sa capacité de travail, mais que toutefois des mesures professionnelles sont indiquées.

De l'avis même du recourant:

- La dernière intervention chirurgicale lui a permis un peu de mouvement du coude;
- Depuis la fin de la physiothérapie, il a moins de douleurs;
- Lorsqu'il a trop mal, il traite uniquement par emplâtre de Flector et, de temps en temps, il prend un Dafalgan;
- Il ne suit plus un traitement, mais effectue uniquement des contrôles tous les six mois; et
- Hormis être parfois dérangé par des douleurs au poignet, il n'a pas d'autres plaintes (cf. lettre B.a supra).

dd) Dans ces circonstances, le recourant n'ayant pas su rendre vraisemblable un doute au sujet des avis convergents et non contradictoires des Drs V._____ et X._____, il convient de retenir que c'est à bon droit que le Dr X._____ a considéré les activités ressortant des DPT de la seconde série comme adaptées à la situation du recourant et que, partant, le revenu hypothétique avec invalidité retenu par la CNA

l'a été conformément à la loi. Pour le surplus, l'argument dont s'est prévalu le recourant, selon lequel une activité adaptée à son état de santé était inexistante, n'est pas fondé (cf. lettre D.c supra). Une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise, telle que requise par le recourant, s'avère ainsi inutile.

b) Au sujet de la jurisprudence invoquée par le recourant, l'arrêt TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 concerne une situation différente de celle du recourant, l'assurée objet de cet arrêt souffrant d'atteintes plus graves, et partant de limitations fonctionnelles plus importantes, que le recourant. Cet arrêt n'est dès lors pas pertinent en l'espèce. Il en va de même de la décision de 1998 de la Commission fédérale de recours dans la mesure où elle porte sur la reprise par l'Office AI de la comparaison de revenus effectués par la CNA. Or, en l'occurrence, est contestée la détermination du revenu par la CNA et non celle de l'Office AI. Par ailleurs, la CNA a, en l'espèce, clairement décrit les activités entrant en ligne de compte (cf. les DPT mentionnées à la lettre C.b supra), de sorte que l'argument invoqué par le recourant soutenant le contraire n'est pas convaincant.

c) En définitive, une capacité de travail de 100% était exigible du recourant depuis mi-février 2007 dans une activité adaptée, ce qui était le cas des activités ressortant de la seconde série de DPT. Au vu des circonstances, le revenu hypothétique avec invalidité défini par la CNA est conforme à la loi. Dès lors, le degré d'invalidité retenu par la CNA pour déterminer le montant de la rente d'invalidité l'a été valablement.

5. Il résulte de ce qui précède que, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AA devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. En outre, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision attaquée est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président:

Le greffier:

Du

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

- Me D. _____ (pour M. _____),
- Me Y. _____ (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- 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).

Le greffier: