

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1er novembre 2010

Présidence de M. JOMINI

Juges : Mmes Lanz Pleines et Bendani, juge suppléante

Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

H. _____, à Payerne, recourant, représenté par Procap, Service juridique,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey.

Art. 6 al. 1 et 18 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après: l'assuré), né en 1960, a travaillé en qualité de monteur-électricien pour le compte de l'entreprise M._____ SA, à Fribourg. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) contre les accidents et les maladies professionnels, dans le cadre de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20).

Le 26 juin 2001, dans le cadre de son activité professionnelle, l'assuré s'est blessé aux poignets en utilisant une perceuse. L'Hôpital intercantonal de la Broye, à Payerne, où H._____ a reçu les premiers soins, a posé les diagnostics initiaux d'entorse du poignet droit et dissociation scapho-lunaire. Le port d'une attelle amovible a été prescrit et une incapacité de travail à 100% a été attestée depuis le 27 juin 2006. La CNA a garanti le versement des prestations légales d'assurance.

Le 28 août 2001, l'assuré a été examiné par le Dr X._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie de la main auprès de la Clinique chirurgicale et Permanence de Longeraie, à Lausanne. Ce médecin a retenu la présence d'une dissociation scapho-lunaire majeure aux deux poignets et préconisé le recours à une reconstruction ligamentaire par voie chirurgicale. Cette intervention a été pratiquée le 6 septembre 2001 au niveau du poignet droit et le 21 mars 2002 au poignet gauche. Les suites opératoires ont été marquées par la persistance de douleurs aux deux poignets.

Le 14 janvier 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), tendant à l'octroi d'une rente, se prévalant de déchirures ligamentaires aux deux poignets et d'opération successive aux deux poignets.

Le 27 février 2003, l'assuré a été examiné par le Dr K._____, spécialiste FMH en neurologie à Payerne. Dans un rapport du même jour, ce spécialiste a posé les diagnostics de possible syndrome du tunnel carpien, sans preuve électrophysiologique ni déficit clinique, et d'état après dissociation scapho-lunaire traumatique bilatérale en juin 2001.

A l'occasion d'un examen clinique le 14 août 2003, le Dr F._____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA Fribourg, a mis en exergue une limitation de la fonction ainsi qu'une diminution de la force de préhension des poignets. Dans son appréciation, il a retenu la persistance comme séquelle d'une très importante limitation fonctionnelle et une diminution de la force de préhension, ajoutant que les interventions avaient bien diminué les douleurs mais que la mobilité des poignets ne s'était objectivement pas améliorée et que la force de préhension avait fortement chuté à gauche. Il a par ailleurs considéré que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et estimé que l'atteinte à l'intégrité subie était de 20%.

Dans une appréciation médicale du 19 août 2003, le Dr F._____ a spécifié qu'une reprise d'une activité de monteur-électricien n'était pas exigible mais qu'une autre activité de type industrielle, sans port de charges lourdes, ne nécessitant pas de force au niveau des deux mains était exigible à plein temps sans diminution de rendement. Ce médecin s'est référé à une activité de surveillance de machines ou d'une surveillance en général.

B. Par décision du 22 octobre 2003, la CNA a reconnu à H._____ le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20% et lui a dès lors versé la somme de 21'360 fr., compte tenu d'un gain annuel de 106'800 fr. Sous l'égide de l'assurance-invalidité, l'assuré a également bénéficié de mesures professionnelles, notamment dans le cadre d'un stage effectué en 2004 et 2005 au centre d'intégration professionnelle, à Genève.

Le 4 novembre 2005, le Dr K._____ a posé les diagnostics d'état après dissociation scapho-lunaire en juin 2001, de paresthésies des

mains d'origine incertaine, en partie neurologique (neuropathie du cubital au coude modéré à droite, minimal à gauche) et de suspicion non confirmée de syndrome du tunnel carpien bilatéral. Il a indiqué que le tableau neurologique s'était quelque peu modifié depuis février 2003, dans le sens d'une apparition d'une neuropathie du cubital au coude d'importance modérée à droite, modeste à gauche. Il a ajouté que cette atteinte du nerf cubital pouvait expliquer les paresthésies dans les 4^{ème} et 5^{ème} doigts, tout en précisant, étant donné que l'assuré annonçait des paresthésies diffuses, n'avoir aucun argument en faveur d'un éventuel syndrome du tunnel carpien.

Le 12 janvier 2006, le Dr X. _____ s'est en substance interrogé quant à l'opportunité de l'orientation professionnelle de l'assuré dans une activité de dactylographie, indiquant que selon les déclarations de ce dernier on s'acheminait vers un échec. Ce médecin a considéré que les interventions qu'il avait réalisées successivement sur les deux poignets étaient également des échecs, faisant part de ses doutes quant à l'opportunité ou non de mesures chirurgicales.

Dans un rapport final du 22 mars 2006, l'OAI a retenu que les activités professionnelles sollicitant de manière importante les membres supérieurs n'étaient pas adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré et que, au vu de son manque de formation professionnelle et de ses capacités intellectuelles et psychotechniques, il ne présentait aucune capacité de gain ni dans l'économie ni dans un milieu protégé, de sorte que le droit aux prestations financières devait être examiné.

Suite à un nouvel examen de l'assuré, dans un rapport du 6 avril 2006, le Dr F. _____ a, dans son appréciation, constaté la persistance d'une importante limitation fonctionnelle et d'une forte diminution de la force de préhension, relevant que son appréciation de l'atteinte à l'intégrité et de l'exigibilité était identique à celle relevée dans ses précédents rapports des 14 et 19 août 2003.

En date du 8 juin 2006, la CNA a exposé au Dr F._____ que les organes de l'assurance-invalidité estimaient que l'assuré, pour les troubles des deux poignets, n'avait aucune capacité de gain ni dans l'économie ni en milieu protégé et lui a demandé de prendre position à ce sujet, puis de se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et des troubles pulmonaires et lombaires affectant l'assuré. Le même jour, le Dr F._____ a retenu que son appréciation du 19 août 2003 restait valable. Ce médecin a ultérieurement confirmé sa position sur ce point le 5 octobre 2006, précisant ne pas être engagé par l'exigibilité de l'assurance-invalidité et ajoutant que seuls les troubles aux poignets étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident survenu le 26 juin 2001.

Le 20 septembre 2006, répondant à une demande de renseignements de la CNA, le Dr X._____ a estimé qu'il n'y avait pas eu d'erreur dans le traitement médical, a relevé que la problématique de la correction des dissociations scapho-lunaires était un problème toujours très discuté en chirurgie de la main et que la technique utilisée en faveur de l'assuré, paraissant prometteuse il y a quelques années, n'était actuellement pas des plus faciles et des plus prédictibles. Il a reconnu que ses interventions s'étaient soldées par des échecs et que les autorités en charge de la réorientation professionnelle de l'assuré avaient fait preuve d'un manque de discernement critique, en raison de l'indication d'une activité de dactylographe.

Par courrier du 11 octobre 2006, la CNA Fribourg a informé l'assuré qu'elle considérait que les conditions de clôture du cas étaient remplies et a précisé qu'elle allait mettre un terme au service de l'indemnité journalière au 31 décembre 2006. Elle a annoncé qu'elle se prononcerait prochainement sur le droit à des prestations en espèces dès le 1^{er} janvier 2007.

C. Par décision du 18 juillet 2007, la CNA Lucerne a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 19% d'un montant mensuel de 718 fr. 75, basée sur un gain annuel assuré de 56'745 fr., avec effet rétroactif au 1^{er}

janvier 2007. Pour les seules séquelles imputables à l'accident du 26 juin 2001, la CNA a indiqué que l'assuré demeurait apte à travailler à plein temps dans une activité légère dans divers secteurs de l'industrie, lui permettant de réaliser un salaire mensuel de 3'850 fr. qui, comparé au salaire de 4'750 fr. sans survenance de l'accident, mettait en évidence une perte de 18.94%. Pour le surplus, elle a nié que les troubles psychogènes de l'assuré aient été en relation de causalité adéquate avec l'accident, niant pour cette affection le droit à des prestations.

L'assuré a formé opposition contre cette décision le 14 août 2007, se prévalant en substance de l'importance de ses limitations fonctionnelles sur le plan physiques et de ses troubles psychiques.

Dans un avis médical du 17 octobre 2007, le Dr W. _____, du Service médical régional AI (SMR), a notamment relevé que l'incapacité de travail totale retenue dans le rapport du 22 mars 2006 de l'OAI ne résultait pas uniquement de l'atteinte à la santé mais également de facteurs extra-médicaux, de sorte que l'assuré présentait, en l'absence d'éléments nouveaux, une pleine exigibilité dans une activité parfaitement adaptée.

Par décision sur opposition du 20 mai 2008, la CNA a maintenu sa position. Se référant au déroulement de l'accident du 26 juin 2001 et à la position du Dr F. _____, elle a retenu en premier lieu que seuls les troubles aux poignets étaient en lien de causalité naturelle avec cet événement. Elle a ensuite considéré que l'atteinte à la sphère psychique de l'assuré, à l'aune des critères en la matière, n'était pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, de sorte que la perte de gain devait être évaluée uniquement en tenant compte de l'atteinte des poignets. Se référant aux rapports d'enquête économique établis par la CNA Fribourg, elle a relevé que l'assuré pouvait exercer des activités légères lui permettant de réaliser un revenu mensuel supérieur à 3'850 fr., ajoutant que 32 descriptifs de postes de travail recensés dans le canton de Fribourg offraient des rémunérations comprises entre 3'600 fr. et 5'479 fr. mensuels. Se basant sur un revenu mensuel exigible de 3'850 fr. et un gain réalisable sans accident de 4'750 fr., elle a mis en évidence une perte

économique de 18.9%. S'écartant du rapport du 22 mars 2006 de l'OAI, elle a ajouté que cet office n'avait pas opté pour des mesures professionnelles en adéquation avec les capacités de l'assuré et a retenu que le revenu mensuel dans un emploi adapté de 3'850 fr. était pleinement exigible.

D. Par acte du 19 juin 2008, H._____, représenté par Caroline Ledermann, avocate auprès de Procap service juridique, recourt au Tribunal des assurances et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 20 mai 2008 de la CNA et à la constatation de son droit aux prestations, subsidiairement au renvoi du dossier à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

Se fondant sur le rapport du 22 mars 2006 de l'OAI, l'assuré doute qu'une personne limitée au niveau de ses deux membres supérieurs dispose d'une capacité de travail dans l'économie libre sur un marché du travail équilibré et soutient que l'OAI a opté pour des mesures professionnelles en adéquation avec son état de santé. Compte tenu de l'échec de la formation d'employé de bureau, soit une activité légère et théoriquement adaptée, il fait valoir qu'il n'y a pas d'activités accessibles sur un marché du travail équilibré. Sur la base d'un traitement s'étendant sur plusieurs années, d'une persistance des douleurs et du caractère impressionnant de l'accident avec une perceuse industrielle, il se prévaut d'un lien de causalité entre l'accident du 26 juin 2001 et ses troubles psychiques. L'instruction médicale étant selon lui incomplète et n'ayant pas fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire, il soutient qu'un renvoi du dossier à la CNA se justifie pour complément d'instruction.

Le 14 juillet 2008, s'appuyant sur le rapport du 22 mars 2006 de l'OAI et s'écartant de l'avis médical du 17 octobre 2007 du Dr W._____, l'assuré fait valoir qu'il n'existe aucune activité adaptée aux limitations consécutives à l'accident puis se prévaut d'un taux d'invalidité de 100%. Il relève également que les descriptions de postes de travail

prises en compte par la CNA ne correspondent pas à une activité adaptée, l'usage des deux mains étant nécessaire.

Dans sa réponse déposée le 29 septembre 2008, par l'intermédiaire de son avocat Me Olivier Derivaz, la CNA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle relève que rien ne permet de remettre en cause l'appréciation médicale selon laquelle l'assuré présente une capacité de travail entière dans une activité légère et ajoute que les postes de travail retenus sont exigibles de la part de ce dernier. Elle soutient que l'échec de la reconversion de l'assuré dans une activité de bureau ne saurait être assimilé à une impossibilité d'exercer d'autres activités et rappelle qu'elle n'est pas liée par l'appréciation de l'invalidité faite par l'OAI. Elle nie l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques de l'assuré et l'accident, précisant que cet événement n'a pas engendré les troubles lombaires et pulmonaires de l'intéressé.

Dans sa réplique du 10 novembre 2008, le recourant réitère ses arguments, précisant notamment que certains des postes de travail pris en considération par la CNA ne correspondent pas à ses limitations fonctionnelles et alléguant que les différentes mesures de réadaptation mises en place par l'OAI ont été infructueuses, de sorte qu'aucune activité adaptée ne lui est accessible et qu'une invalidité totale doit lui être reconnue.

Le 15 décembre 2008, l'intimée maintient ses conclusions et précise ses précédents arguments, l'assuré étant capable de travailler à plein temps sans diminution de rendement dans une activité adaptée.

Par courriers du 2 février 2009, le recourant et l'intimée renoncent à la tenue d'une audience de débats.

En date du 4 août 2010, le recourant dépose un rapport du 9 juillet 2010 de l'Unité de psychiatrie ambulatoire de Payerne, dont il ressort en substance que l'assuré, suite à son accident et aux difficultés

qui s'en sont suivies, a vécu un stress important justifiant le diagnostic de modification durable de la personnalité. Le 7 septembre 2010, l'intimée relève que ce rapport ne permet pas de modifier sa position et maintient ses conclusions.

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 (art. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) Selon l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière. Cette loi s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est ainsi compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le recourant conteste la décision sur opposition de la CNA en tant qu'elle nie l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 26 juin 2001 et les conséquences psychiques actuelles sur sa capacité de travail. Il se prévaut en particulier de la durée anormalement longue du

traitement médical, de la persistance des douleurs et du caractère impressionnant de l'accident.

a) Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées selon la LAA en cas d'accident professionnel ou non professionnel (cf. art. 6 al. 1 LAA), le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Celle exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'assureur ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Le juge tranche cette question de fait en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, en les appréciant selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286, consid. 1b; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009, consid. 3.2).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et

l'atteinte à la santé (ATF 134 V 109 consid. 2.1). La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; TF 8C_694/2007 du 3 juillet 2008 consid. 2 et les références citées). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 4.2).

b) En ce qui concerne les troubles d'ordre psychique, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles développés ensuite par la victime (TF U 18/07 du 7 février 2008 consid. 3.2; TF 8C_737/2008 du 29 mai 2009 consid. 2, avec des références à des arrêts publiés). Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même, en fonction de son déroulement.

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et des troubles psychiques doit, en règle générale, être d'emblée niée. Dans le cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en principe être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut

prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants:

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite du cas de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409; TF U 18/07 du 7 février 2008 consid. 3.2).

c) En l'espèce, l'accident subi par le recourant ne saurait être considéré comme grave et peut tout au plus entrer dans la catégorie des accidents de gravité moyenne au regard des exemples jurisprudentiels (cf. Frésard/Moser-Szeless, SBVR Soziale Sicherheit, 2^e éd., 2007, L'assurance-accidents obligatoire, n. 92 ss p. 869).

Par ailleurs, cet accident, intervenu le 26 juin 2001 avec une perceuse industrielle et occasionnant une blessure des poignets, ne s'est pas produit dans des circonstances particulièrement dramatiques ou impressionnantes et les lésions physiques subies n'étaient pas propres à

causer des troubles psychiques. En effet, l'accident n'a pas entraîné de lésions particulières, si ce n'est une dissociation scapho-lunaire majeure aux deux poignets, qui a nécessité une reconstruction ligamentaire par voie chirurgicale. Cette intervention a été pratiquée le 6 septembre 2001 au niveau du poignet droit et le 21 mars 2002 au poignet gauche. En août 2003, l'état de santé du recourant était stabilisé et ce dernier recouvrait une pleine capacité de travail dans une activité n'exigeant pas le port de charges lourdes et ne nécessitant pas de force au niveau des deux mains. Dans ces conditions, on ne saurait admettre que le traitement médical a été anormalement long. De plus, il n'a pas été entaché d'erreurs, même si les interventions pratiquées sur l'assuré se sont soldées par des échecs, ainsi que le Dr X. _____ l'a reconnu (rapports des 12 janvier et 20 septembre 2006), l'intéressé conservant notamment des douleurs aux poignets.

Ainsi, en définitive, seul le critère des douleurs physiques persistantes est réalisé dans le cas particulier. Dès lors, l'accident du 26 juin 2001 ne peut être reconnu comme la cause adéquate des troubles psychiques présentés par l'assuré. Il n'est donc pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, contrairement à ce qui est réclamé par le recourant.

3. Le recourant conteste disposer d'une capacité de travail pouvant être mise à profit dans le circuit économique, compte tenu de sa limitation au niveau de ses deux membres supérieurs. Il relève qu'il n'a même pas été en mesure de poursuivre une formation d'employé de bureau, de sorte qu'aucune activité ne lui serait accessible sur un marché du travail équilibré. Il estime également que la CNA devrait être liée par les conclusions de l'assurance-invalidité.

a) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPG) à 10% au moins par suite d'accident a droit à une rente d'invalidité. 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 130 V 343 consid. 3.4 p. 348, 128 V 29 consid. 1 p. 30; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). 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'invalidé 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 établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3).

Le premier mode d'évaluation se fonde sur les statistiques officielles de la Confédération qui publie, depuis 1994, une enquête sur la structure des salaires en Suisse (ESS). En règle générale, il convient de se fonder sur les salaires bruts standardisés versés dans une branche économique déterminée ou une partie de celle-ci, en principe du secteur privé (tableau TA1 de l'ESS). Ceux-ci sont calculés sur la base d'un horaire hebdomadaire de 40 heures, si bien qu'ils doivent être adaptés à l'horaire hebdomadaire moyen de l'année considérée, qui est en principe légèrement supérieur, ainsi que, le cas échéant, à l'évolution des salaires. Il est toutefois possible de s'écarter du tableau TA1 et d'appliquer, par exemple, le tableau TA7, qui fournit des valeurs pour une certaine activité, si ce tableau permet de fixer le revenu déterminant avec plus de précision (RAMA 2000, p. 399 et l'arrêt cité). Dans l'application des données statistiques, il faut prendre en considération le fait que selon l'expérience générale, les travailleurs non qualifiés qui, avant de devenir invalides, exerçaient une activité manuelle, ne peuvent en règle générale exercer que des travaux de manoeuvres ou d'autres activités physiquement

astreignantes. On ne saurait dans ce cas exiger d'un assuré, en vertu du principe de la réadaptation par soi-même, qu'il cherche des emplois pour lesquels les possibilités d'engagement apparaissent irréalistes, par exemple, des travaux de bureaux, même simples. Ainsi, le revenu hypothétique d'invalidé, tel qu'il résulte des statistiques, peut être réduit afin de tenir compte du fait que l'assuré n'est plus apte à exécuter, comme par le passé, des travaux lourds et que, même pour des travaux légers, ses possibilités de réaliser un gain qui se situe dans la moyenne sont forcément diminuées. La mesure de cette réduction 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 maximum de 25% permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit.; ATF 129 V 475).

La seconde méthode d'évaluation du revenu d'invalidé repose sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT), tirées d'une vaste base de données établie par la CNA. Dans ce cas, pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre eux (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 p. 480; TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2; TF 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2).

b) En l'espèce, dans sa décision sur opposition du 20 mai 2008, la CNA a fixé à 19% le taux d'incapacité de gain de l'assuré. Elle a considéré, en se fondant sur les conclusions du Dr F. _____ (rapports du 14 août 2003), que s'il avait subi une très importante limitation fonctionnelle ainsi qu'une diminution de la force de préhension, l'assuré était cependant pleinement apte à travailler avec un horaire et un

rendement normaux dans une autre activité de type industriel, sans port de charges lourdes, ne nécessitant pas de force au niveau des deux mains. Elle a relevé que les rapports d'enquêtes économiques, consignés au dossier, attestaient du fait qu'il existait, dans l'industrie ou l'artisanat, des emplois propres à ménager les poignets du recourant dans la mesure où les activités décrites n'impliquaient tout au plus que le port de charges légères et ne nécessitaient pas de mouvements de force. Elle a considéré que de telles places de travail permettaient à l'intéressé de réaliser un revenu mensuel supérieur à 3'850 fr. (part du 13^{ème} salaire comprise). Elle a relevé, de surcroît, que 32 descriptifs de postes de travail, correspondant au profil de l'assuré, avaient été recensés dans le canton de Fribourg, lesquels offraient des rémunérations annuelles comprises entre 43'200 fr. et 65'751 fr., soit l'équivalent de 3'600 fr. respectivement de 5'479 fr. mensuels.

c) Contrairement à ce que semble penser le recourant, la CNA n'est pas liée par les conclusions du rapport du 22 mars 2006 de l'OAI, qui a admis que l'exercice d'une activité de type industriel léger n'était pas imaginable et que l'assuré n'avait aucune capacité de gain ni dans l'économie, ni dans un milieu protégé. En effet, conformément à 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'assurance-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2 p. 368; TF 8C_604/2007 du 7 avril 2008 consid. 3; VSI 2004 p. 182), de sorte que la CNA peut procéder à l'évaluation de l'invalidité du recourant indépendamment de la position de l'OAI sur ce point. On précisera par ailleurs que le rapport final du 22 mars 2006 de l'OAI n'est pas une appréciation finale de l'invalidité de l'assuré par cet office (ce qui est du reste précisé à la fin du rapport) et qu'on ne peut déterminer, sur la base de ce document, quelle est l'appréciation des médecins de l'assurance-invalidité au sujet de la capacité de gain de l'intéressé dans une activité adaptée.

d) Si la CNA a recensé 32 postes de travail (ci-après: DPT) correspondant au profil de l'assuré, elle n'a toutefois exposé et analysé

que 5 de ces postes, à savoir les DPT n° 482, 1540, 1592, 2141 et 7373. Ceux-ci peuvent, en bref, être décrits de la manière suivante:

- Le DPT 482 concerne un poste d'employé d'exploitation conditionnement et emballage; les exigences physiques comprennent notamment celle de soulever et porter, très souvent, des charges très légères (jusqu'à 5 kilos) jusqu'au niveau des hanches; selon la description du poste de travail, la charge maximale à soulever est de 3 kilos.

- Le DPT 1540 concerne un poste d'ouvrier d'atelier, surveillant de tour automatique; les exigences physiques incluent celle de soulever et porter, très souvent, des charges très légères (jusqu'à 5 kilos) jusqu'au niveau des hanches; selon la description du poste de travail, il s'agit de surveiller un tour automatique, de poser des articles en étain sur la chaîne, puis les enlever et polir l'intérieur; ce travail, facile et léger, peut aussi être fait par une personne handicapée à une main.

- Le DPT 1592 concerne un travail de nettoyeur; les exigences physiques incluent celle de soulever et porter, très souvent, des charges très légères (jusqu'à 5 kilos) jusqu'au niveau des hanches; selon la description du poste de travail, toutes les pièces pèsent entre 50 grammes et 3 kilos.

- Le DPT 2141 concerne un travail de monteur automatique; les exigences physiques comprennent notamment celle de soulever et porter, très souvent, des charges très légères (jusqu'à 5 kilos) jusqu'au niveau des hanches et, parfois, des charges légères (5-10 kilos) jusqu'au niveau des hanches; selon la description du poste de travail, il s'agit d'un travail de montage léger.

- Le DPT 7373 concerne un poste de travailleur d'industrie qui requiert de pouvoir soulever et porter, souvent, des charges très légères (jusqu'à 5 kilos) jusqu'au niveau des hanches, de soulever, souvent, au-dessus du buste des charges inférieures à 5 kilos et de soulever et porter, parfois, des charges légères (5-10 kilos) jusqu'au niveau des hanches.

Selon la description du poste de travail, il s'agit de contrôler la qualité des flûtes d'apéritif, de ranger les paquets dans un carton et de poser le carton plein sur une palette.

Dans son appréciation du 19 août 2003, le Dr F._____ a considéré comme étant exigible de la part de l'assuré un horaire de travail normal avec un rendement de 100% dans une activité de type industrielle autre que celle de monteur-électricien, sans port de charges lourdes, ne nécessitant pas de force au niveau des deux mains. Ce médecin s'est référé en particulier à une activité de surveillance de machines ou de surveillance en général (cf. pièce n° 53). Dans son rapport d'examen du 14 août 2003 (cf. pièce n° 50), ce spécialiste a constaté que, malgré tous les traitements proposés, le patient souffrait de façon permanente des poignets, que ces douleurs augmentaient dans la journée et après les efforts, qu'il souffrait également de douleurs nocturnes et que, de chaque côté, le patient pouvait porter des charges légères, soit au maximum de 1.5 kilo (précisant que ce poids avait été testé lors de l'examen à l'agence). On précisera que, dans ses rapports des 6 avril, 8 juin et 5 octobre 2006, le Dr F._____ a maintenu son appréciation de la capacité de travail ressortant de son rapport du 19 août 2003, le cas échéant même après avoir pris connaissance de la position de l'OAI.

En l'espèce, deux des postes de travail pris en considération par l'intimée exigent des ports de charges supérieures à 5 kilos (DPT 2141 et 7373). Un troisième poste requiert de pouvoir porter très souvent des charges jusqu'à 5 kilos, sans toutefois qu'il soit précisé quoi que ce soit à ce sujet dans la description du travail (DPT 1540). Or, conformément à l'avis du Dr F._____, l'assuré ne peut en réalité porter que des charges très légères, à savoir jusqu'à 3 kilos (1.5 kilo de chaque côté), des charges supérieures n'ayant du reste pas été testées. De plus, ce médecin a indiqué que les douleurs de l'intéressé augmentaient après les efforts. Ainsi, ces DPT versées au dossier par l'intimée sont incompatibles avec les limitations retenues par le Dr F._____. Dans ces conditions, le revenu d'invalidé du recourant doit être à nouveau évalué conformément à l'une des deux méthodes exposées ci-dessus.

4. En conclusion, le recours est admis s'agissant de la question de l'établissement du taux d'invalidité. La décision sur opposition du 20 mai 2008 de la CNA est annulée, la cause étant renvoyée à l'assurance pour nouvelle instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. En effet, il n'est pas opportun que la Cour de céans poursuive elle-même l'instruction en vue d'une éventuelle réforme en confirmation de la décision attaquée, la CNA étant mieux à même d'extraire les données statistiques déterminantes.

5. La procédure devant la Cour des assurances sociales en matière d'assurance-accidents étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA; 45 LPA-VD). Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 20 mai 2008 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée et la cause est renvoyée à cette assurance pour nouvelle décision au sens des considérants.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV.** Une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à verser au recourant H. _____ à titre de dépens, est mise à charge de l'intimée.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour H. _____)
- 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 :