

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 mai 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : Mme Magnin, juge suppléante et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

G._____, à Aigle, recourant, représenté par Me Laure Chappaz, avocate à Aigle,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 6 ss et 16 LPGA; 18 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le 4 janvier 1946 était employé de la commune d' [...] comme maçon employé de voirie et est à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels. Il est au bénéfice d'une rente d'invalidité de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA ou l'intimée) de 33,33% depuis le 1^{er} octobre 1980 à la suite d'un accident ayant eu lieu en 1976. Il a été victime d'un second accident le 18 juillet 2005 avec notamment pour les éléments diagnostics les plus importants, une fracture du bassin, une fracture de L5 sans trouble neurologique et une lésion de la coiffe des rotateurs gauche. L'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle depuis lors.

B. La CNA a garanti le versement des prestations légales d'assurance, soit le paiement des soins médicaux et des indemnités journalières.

C. Lors des premiers soins prodigués à l'assuré à l'hôpital [...], les diagnostics suivants ont été posés : disjonction de la symphyse pubienne importante, fracture des branches ilio-pubiennes et ischio-pubiennes D, traumatisme aileron sacré D et aile iliaque G, fracture partie postérieure vertèbre L5, plaie cutanée coude G suturée. Le rapport intermédiaire du 28 septembre 2005 du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du [...] où a séjourné l'assuré par la suite a préconisé la poursuite de la rééducation à la marche à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR).

D. L'assuré a séjourné du 7 septembre au 7 décembre 2005 à la CRR pour évaluation des capacités fonctionnelles résiduelles. Les diagnostics du 28 décembre 2005 d' "AVP le 19.07.2005" suivants ont été posés par les Drs K. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et A. _____, praticien hospitalier: fracture Tyle B du bassin avec disjonction symphysaire, fracture des branches ischio- et ilio-

pubiennes droites, fracture de l'aile iliaque gauche et fracture longitudinale du sacrum du côté droit avec déchirure de l'urètre, fracture de L5, atteinte disco-ligamentaire de D 10-D 11 dans le contexte d'une maladie de Forestier traitée par spondylodèse, lésion des voies urinaires, mise en place d'une sonde suspubienne, probable lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Ils ont en outre notamment diagnostiqué une capsulite rétractile de l'épaule gauche, une hypertrophie de la prostate avec vessie de lutte et un diabète de type II insulino-requérant. Au titre de comorbidité, ces médecins ont retenu une amputation traumatique de P3 D5, des fractures du poignet droit traitée conservativement en 1975, une cure de canal carpien bilatéral en 1997, une épicondylite du coude gauche opérée en 1999 et une fracture de côtes à droite en 2003. Les médecins précités ont estimé que l'assuré était en incapacité de travail totale dans son métier de maçon mais que la situation médicale n'était pas stabilisée.

E. L'assuré a déposé le 14 février 2006 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI).

F. Lors de son second séjour du 11 septembre au 23 octobre 2007 à la CRR, le Dr X._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, a estimé dans son consilium locomoteur du 18 septembre 2007 que l'ankylose du rachis dorsal était la conséquence avant tout de la maladie hyperostose, les douleurs dorsales pouvant s'expliquer d'une part, par les troubles dégénératifs et d'autre part, par une mauvaise capacité d'adaptation posturale du fait de la limitation fonctionnelle des hanches et d'une extension lombaire nulle. Il a retenu une incapacité de travail de l'ordre de 20 à 30 % dans une activité légère. Le Dr H._____, chef de service et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué dans son rapport du 4 octobre 2007 que l'assuré avait une capacité de travail actuelle nulle et qui allait le rester quel que soit le métier ou l'occupation qu'on souhaiterait qu'il puisse reprendre et a conclu en indiquant qu'il présentait, sur le plan AI, une incapacité de travail totale en raison de toutes les autres pathologies surajoutées à celles des séquelles

de son trauma. Il a également estimé le 30 mars 2006 dans son rapport à l'Office de l'Assurance invalidité du canton de Vaud, que la capacité de travail de l'assuré s'élevait à 50%. Les médecins du CRR, les Drs K._____ et A._____, médecin hospitalier, ont rendu le 31 octobre 2007 leur rapport de sortie consistant en un bilan interdisciplinaire et une évaluation des capacités fonctionnelles résiduelles. Il en ressort que l'assuré présente des limitations fonctionnelles dans le contexte d'une atteinte de l'épaule gauche avec tendinopathie de la coiffe des rotateurs, omarthrose et arthrose acromioclaviculaire, un status après spondylodèse dorsale basse, pour atteinte discoligamentaire en 2005, puis ablation du matériel d'ostéosynthèse pour surinfection par un hématome dorsal profond, des troubles dégénératifs du rachis, une maladie hyperostosante (hyperostose ankylosante), une coxarthrose bilatérale, un status post ostéosynthèse du bassin après fracture type B, stabilisée par ostéosynthèse. Il présente également un syndrome métabolique, avec polyneuropathie des membres inférieurs secondaires à un diabète. L'assuré présente en outre les limitations fonctionnelles suivantes: marche en terrain plat de plus d'une demi-heure, position assise de plus d'une demi-heure, marche en terrain inégal, marche en hauteur, mouvements d'antéflexion et redressement du tronc et mouvements de rotation du rachis, port de charges en dessus de 5-10 kg, travail avec les mains au-dessus du niveau de la poitrine. Il a été conclu à une incapacité de travail totale de l'assuré dans son activité de maçon et que, même dans une activité légère et adaptée, il était probable que, si l'on prenait en compte l'ensemble de la situation, la capacité de travail resterait limitée, au mieux de l'ordre de 50%. Il a été considéré que la situation médicale était stabilisée.

G. Suite au rapport de la CRR du 31 octobre 2007, le Dr Q._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à son examen médical final le 23 janvier 2008 et a indiqué que la mobilité rachidienne est passablement limitée avec un raidissement de tout le rachis lombaire mais la mobilisation s'effectue assez librement, donnant lieu à des douleurs dans le bassin. Les changements de position restent un peu difficiles, tandis que la station assise prolongée est soutenue sans

problème. La manoeuvre de Lasègue entraîne des douleurs dans le bassin à gauche comme à droite, sans être bloquée. Les genoux sont calmes mais ils présentent un modelé arthrosique et leur mobilité est limitée, surtout à droite. L'épaule gauche continue à présenter un tableau d'insuffisance de la coiffe des rotateurs, même si celle-ci paraît continente sur l'IRM. A noter des troubles de l'équilibre en relation avec une polyneuropathie diabétique, le tout s'inscrivant dans le cadre d'une maladie métabolique. Au total, l'atteinte à la santé paraît importante, avec une intrication de séquelles accidentelles et d'affections malades. Le médecin d'arrondissement a estimé que, pour les seules suites des accidents, une capacité de travail de l'ordre de 70 à 80% paraissait envisageable dans une activité légère, largement sédentaire, exercée à hauteur de table ou d'établi et autorisant des positions alternées.

H. Par courrier du 18 avril 2008, la CNA a informé son assuré qu'elle entendait mettre un terme à ces versements avec effet au 31 mai 2008, l'état de santé de l'intéressé étant jugé stabilisé.

I. Par décision du 30 mai 2008, l'OAI a constaté une capacité de travail raisonnablement exigible dès juillet 2006 de 80% dans une activité adaptée. Néanmoins, vu l'âge de l'assuré et ses limitations fonctionnelles, l'OAI a considéré qu'il n'y avait pas de possibilité de réadaptation envisageable. Le droit à une rente entière d'invalidité lui a été dès lors reconnu dès le 1^{er} juillet 2006.

J. Par décision du 24 juillet 2008, la CNA a alloué une rente d'invalidité combinée de 54% pour les séquelles des accidents subis en 1976 et 2005. Ladite rente a été calculée sur la comparaison entre, d'une part, un revenu annuel de valide (non contesté) de 82'782 fr. pour 2008, (6'900 fr. mensuel) et, d'autre part, un revenu exigible d'environ 3'200 fr. basé sur une capacité de travail de 75 % (moyenne entre 70 et 80% retenus par le médecin d'arrondissement de la CNA) dans une activité adaptée, laquelle a été déterminée par un revenu hypothétique annuel et moyen de 51'126 fr., basé sur cinq descriptifs de postes de travail (ci-après: DPT), soit mensuellement 4'260 francs. La CNA a également alloué

une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 32'040 fr. correspondant à un taux de 30%.

K. L'assuré a formé opposition le 26 août 2008, contestant le degré de capacité de travail dans une activité adaptée retenu par la CNA et en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité de 70%. Il s'est référé aux conclusions du rapport de sortie de la CRR du 31 octobre 2007, lequel faisait état d'une capacité de travail de 50% au mieux. Il a également contesté les DPT choisis dans le sens où son état de santé ne lui permettait pas d'effectuer certains des travaux proposés et qu'ils ne correspondaient pas à des emplois existant dans sa région. Il a en outre contesté le montant des salaires retenus, indiquant un salaire annuel moyen de 48'000 fr. et non de 51'126 fr. L'assuré n'a pas contesté l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité. La décision de la CNA est par conséquent entrée en force quant à ce point.

L. Le 29 octobre 2008, la CNA a rejeté l'opposition formée contre sa décision du 24 juillet 2008 en confirmant les motifs se rapportant à l'évaluation de la rente d'invalidité et à l'incapacité de travail de 25 % (moyenne entre 20 et 30%) retenue par le Dr Q._____. Elle a indiqué que ce dernier, après avoir pris connaissance du rapport de la CRR du 31 octobre 2007, avait tenu compte des seules suites de l'accident intéressant la CNA pour estimer la capacité de travail de l'assuré. Ses confrères de la CRR ont quant à eux, apprécié "l'ensemble de la situation" (rapport de la CRR du 31 octobre 2007, p. 6 dernier paragraphe), au vu non seulement des séquelles accidentelles mais également des affections malades (troubles dégénératifs du rachis, hyperostose ankylosante, syndrome métabolique, polyneuropathie des membres inférieurs secondaire à un diabète, etc.) affectant l'assuré. La CNA a conclu qu'en l'absence d'éléments déterminants propres à mettre en doute les conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA [...], il sied de leur accorder entière valeur probante. Quant au choix contesté des DPT, la CNA a procédé à une nouvelle recherche dans un rayon géographique d'une heure environ du domicile du recourant (surveillante de magasin, collaboratrice de production, manoeuvre, praticienne en logistique,

contrôleur/micro-soudeur) et a indiqué que trois de ces activités pouvaient être exercées par des femmes, relevant ainsi leur caractère particulièrement léger. Les nouveaux DPT ont permis de dégager un revenu mensuel moyen de 4'426 fr. (soit 53'110 fr. annuel). Il en est résulté une perte économique de 52% (comparaison entre le gain mensuel assuré de 6'900 fr. et le revenu mensuel exigible de l'ordre de 3'319 fr., soit 75% de 4'426 fr.). La CNA a renoncé à procéder à une reformation in pejus de la quotité de la rente d'invalidité et a confirmé le taux de la rente litigieuse à 54%.

M. G._____ a recouru le 27 novembre 2008 contre la décision sur opposition du 29 octobre 2008. Représenté par l'avocate Laure Chappaz, il a conclu à titre principal à la réforme de la décision sur opposition attaquée dans le sens où il devait être reconnu invalide non pas à 54% mais à 70% et bénéficier d'une rente basée sur ce même taux de la CNA, dès le 1^{er} juin 2008. Subsidiairement, il a requis une expertise orthopédique d'un médecin spécialiste en orthopédie indépendant dans le but de décrire l'ensemble des affections consécutives à l'accident et d'en évaluer leurs conséquences sur sa capacité de travail, ainsi qu'une nouvelle décision rendue sur la base de ladite expertise. Il a requis en outre l'octroi de l'assistance judiciaire.

A l'appui de ses déterminations, le recourant a rappelé que la CNA devait se fonder pour prendre sa décision sur des avis médicaux étayés et que le médecin les ayant établis devait avoir procédé à une analyse complète, avoir posé un diagnostic précis et développé sur la base des éléments précités. Le recourant a fait état de deux rapports des médecins de la CRR, soit celui du Dr H._____ concluant à une incapacité de travail totale du 4 octobre 2007 et le rapport de sortie des Drs K._____ et A._____ du 31 octobre 2007 concluant, à une incapacité de travail de 50%. Il a précisé que l'OAI a estimé que dans son cas, il n'existait aucune capacité de travail résiduelle. Finalement, le recourant a contesté que son état de santé lui ait permis d'assumer un travail d'huissier ou un emploi à la chaîne, tel que cela figure dans les DPT sélectionnés par la CNA, ni que ces derniers n'aient correspondu à des

emplois existants dans sa région, reprenant en cela la même argumentation que celle développée dans son opposition à la décision de la CNA du 26 août 2008. Il a indiqué que le salaire annuel moyen des activités choisies devait être de 48'000 fr. et non de 51'126 francs. Il a demandé à titre subsidiaire qu'une expertise orthopédique soit confiée à un médecin spécialiste en orthopédie indépendant, à charge pour ce dernier de décrire l'ensemble des affections consécutives à l'accident du recourant et d'en évaluer leurs conséquences sur la capacité de travail de l'assuré, ladite expertise devant servir de base à une nouvelle décision à rendre concernant le taux d'invalidité et le droit à une rente d'invalidité du recourant.

N. Par mémoire de réponse du 5 février 2009, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, représentée par l'avocat Didier Elsig a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition rendue le 29 octobre 2008. Selon l'intimée, les rapports des médecins de la CRR, qu'il s'agisse des Drs X. _____ et H. _____ ou des médecins A. _____ et K. _____ ayant établi le rapport de sortie, comportent des éléments du diagnostic qui ne découlent pas du trauma de l'accident mais constituent des affections malades. Lesdits rapports font également état d'appréciations relatives à "d'autres pathologies surajoutées à celles des séquelles du trauma" ou "d'ensemble de la situation". Quant à la fixation du revenu d'invalidité sur la base de cinq DPT, elle considère que ces dernières sont toutes parfaitement adaptées aux restrictions physiques du recourant et que la moyenne de leurs revenus annuels s'élève à 53'110 fr., ce qui, appliqué au calcul de l'invalidité, produit un taux de 51,88%, soit un taux plus bas que le taux de 54% retenu par la CNA. Par ailleurs, l'intimée a également procédé à l'évaluation du revenu d'invalidité, selon la méthode de référence aux données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour l'année 2006. Le salaire de référence auquel pouvaient prétendre en 2006 les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé correspond à un salaire hypothétique de 4'921 fr. 28 par mois, soit 59'055 fr. à l'année. En tenant compte du renchérissement de 0.7% en 2007 et de

2.4% en 2008, le revenu d'invalidé ainsi calculé s'est élevé à 60'896 fr. pour l'année 2008. Tenant compte d'une capacité de travail réduite de 25%, le revenu d'invalidé du recourant s'est élevé à 45'672 fr., ce qui correspond à un taux d'invalidité de 44,83%. L'intimée a considéré le taux d'invalidité de 54% justifié, voire particulièrement bienveillant.

O. Invité à répliquer, par acte du 26 mars 2009, le recourant a maintenu ses conclusions telles que formulées dans son mémoire de recours en faisant état de l'estimation du Dr H. _____ du 4 octobre 2007 selon laquelle ce dernier n'avait estimé que les seules suites de l'accident et qu'il en a conclu à une capacité de travail nulle. Le recourant a par ailleurs souligné que sa capacité de travail était entière avant l'accident et que dès lors, seules les suites de l'accident l'empêchent d'assurer une activité professionnelle.

P. L'intimée a déposé sa duplique le 21 avril 2009. Elle a précisé que le Dr H. _____ a fait référence à l'ensemble des troubles présentés par le recourant, la référence à la notion "sur le plan AI" le confirmant. Selon l'intimée, le fait que le recourant présentait une pleine capacité de travail avant l'accident n'est pas décisif. Ce qui l'est, c'est sa capacité de travail résiduelle dans le cadre d'une activité adaptée pour les seules séquelles accidentelles. L'intimée a rappelé que la capacité de travail avait été estimée entre 70 et 80% par le Dr X. _____ lors de son consilium de l'appareil locomoteur du 17 septembre 2007 et qu'elle avait été confirmée par le Dr Q. _____ dans son examen circonstancié du 23 janvier 2008. L'intimée a estimé qu'il n'existait aucun motif de s'écarter de telles appréciations.

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 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur

opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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, interjeté en temps utile 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 depuis son entrée en vigueur (cf. 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).

2. a) 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 et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte uniquement sur la quotité de la rente d'invalidité octroyée au recourant à compter du 1^{er} juin 2008, à savoir sur le degré d'invalidité fixé à 54% par la décision du 24 juillet 2008, décision confirmée sur opposition le 29 octobre suivant. Dans ce contexte, le recourant soutient que le degré d'invalidité devrait être fixé sur la base d'une comparaison entre le revenu de valide qu'il aurait pu réaliser en tant que maçon à 100% sans les atteintes à la santé consécutives à l'accident du 18 juillet 2005, et le revenu d'invalidé qu'il pourrait réaliser dans une activité adaptée avec une capacité de travail de

50%. Il ne conteste ainsi pas le revenu de valide de 82'782 fr. retenu mais estime que le revenu d'invalidé devrait être fixé sur la base d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée. Il conteste également le choix de certaines activités retenues pour évaluer le revenu exigible (revenu d'invalidé) de l'assuré quant à sa capacité à les exercer, leur éloignement géographique de son domicile et l'évaluation du salaire leur correspondant. La décision entreprise n'est pas non plus contestée en tant qu'elle accorde une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 32'040 fr. correspondant au taux de 30%.

3. a) 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 (art. 18 al. 1 LAA). Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour l'évaluation du taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA; TF 8C_499/2009 du 6 octobre 2009, consid. 2.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht Soziale Sicherheit, 2 éd. 2007, n. 165 p. 898). L'incapacité de gain (art. 8 al. 1 LPGA) est définie à l'art. 7 LPGA et a pour origine une incapacité de travail définie à l'art. 6 LPGA selon lequel est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. La capacité de travail de l'assuré est l'une des composantes du calcul du taux d'invalidité et partant, de la rente d'invalidité à octroyer le cas échéant pour séquelles d'un accident. La capacité de travail est quant à elle déterminée par les informations d'ordre médical.

b) Les articles 6 à 8 LPGA impliquent l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les séquelles dont souffre l'assuré. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il n'y a pas 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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, 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. 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 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références; TFA U 118/2003 du 30 juin 2004, consid. 3.1).

c) L'assureur social — et le juge des assurances sociales en cas de recours — 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la

description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

4. a) Selon l'art. 18 alinéa 1 LAA, a droit à une rente d'invalidité un assuré invalide à 10% au moins par suite d'un accident. Il convient donc d'examiner dans un premier temps le lien de causalité naturelle entre l'accident du recourant et les différentes atteintes à la santé dont il souffre, telles que décrites dans les rapports des médecins de la CRR et dans le rapport du Dr Q._____. Les rapports des médecins ayant examiné le recourant font état d'éléments d'origine malade, ce qui a entraîné l'évaluation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à des degrés différents, en fonction d'une approche globale (maladie et accident) ou en ne tenant compte que des séquelles de l'accident.

Ainsi, le Dr Q._____ a envisagé une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée et légère dans son rapport du 23 janvier 2008 alors que le rapport de sortie de la CRR des Drs K._____ et A._____ retient au contraire une capacité de travail toujours dans une activité légère et adaptée, de 50%. Le médecin d'arrondissement a retenu au motif de l'augmentation de la capacité de travail de l'assuré que les rapports des différents médecins de la CRR avaient une approche globale et comportaient une intrication à la fois de séquelles accidentelles et d'affections malades. Les rapports des médecins de la CRR de 2005 et 2007 font état de "maladie de Forestier" (rapport du 28 décembre 2005 des Drs K._____ et A._____), "maladie hyperostose et troubles dégénératifs, incapacité de travail de l'ordre de 20 à 30%" (consilium locomoteur du 18 septembre 2007 du Dr X._____), "maladie hyperostose et troubles dégénératifs" également mais "incapacité de travail de l'ordre de 50%" (rapport de sortie de la CRR du 31 octobre 2007

des Drs K._____ et A._____). Il est également question d'appréciations telles que "une incapacité de travail totale en raison de toutes les autres pathologies surajoutées à celles des séquelles de son trauma" (rapport du 4 octobre 2007 du Dr H._____) et "si l'on prend en compte l'ensemble de la situation, la capacité de travail restera limitée, au mieux de l'ordre de 50%" (rapport de sortie de la CRR du 31 octobre 2007 des Drs K._____ et A._____). Dans sa décision du 30 mai 2008, l'OAI a également estimé que le recourant présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 80% dans une activité adaptée, alors que l'assurance-invalidité effectue une évaluation globale des atteintes à la santé de l'assuré et que dès lors, même en tenant compte, en sus des causes accidentelles, des causes d'origine malades, elle reconnaît néanmoins une capacité de travail de 80 %, capacité supérieure à celle retenue par la CNA.

Ce sont les éléments sur lesquels s'est basé le médecin d'arrondissement de l'intimée pour fonder sa détermination quant à la capacité de travail de l'assuré à hauteur de 75%, soit 25% plus élevée que l'estimation figurant dans le rapport de sortie de la CRR.

La distinction entre les atteintes qui résultent de l'accident et celles qui ont une origine dégénérative est toujours délicate, en particulier pour un assuré âgé. Il est également toujours difficile d'estimer une capacité de travail, d'autant plus dans ce contexte où il y a des séquelles d'accidents et de maladies. On peut admettre que l'évaluation du Dr Q._____ n'est pas arbitraire en estimant que des affections malades de l'ordre de 25 % sont également la cause de l'incapacité de travail de l'assuré. Il se fonde sur des examens complets et motivés, à savoir son propre examen médical et les évaluations des autres médecins, notamment celle du Dr X._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et celle, sous forme de bilan interdisciplinaire, du Dr K._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation en chirurgie orthopédique du CRR. Il ressort dans chaque évaluation que l'assuré souffre d'atteintes d'origine dégénérative ainsi que d'autres maladies. Il est à relever que l'OAI a également évalué la capacité

résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée à 80%. Dès lors, il ne semble pas à la cour de céans que la CNA se soit fondée sur des renseignements médicaux insuffisants ou contradictoires pour fonder sa décision, notamment en ce qui concerne le rapport de cause à effet non probable voire inexistant à hauteur de 25% entre les séquelles du recourant et l'accident.

b) Outre la quotité de sa capacité de travail, le recourant a contesté l'un des autres éléments (choix des DPT) permettant de calculer le revenu d'invalidé (second terme de la comparaison de l'art. 16 LPGa). Il conteste que son état de santé lui permet d'assumer un travail d'huissier ou un emploi à la chaîne, tels que cela figure dans les descriptifs de postes de travail sélectionnés par la CNA et a contesté l'éloignement géographique desdites activités de son domicile. Il a également indiqué que le salaire moyen des activités choisies devait être de 48'000 fr. et non de 51'126 francs.

Pour fixer le revenu d'invalidé, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et 126 V 75 consid. 3b/aa; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009, consid. 2.1; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 169 p. 899). Il s'agira en revanche de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas — ou pas pleinement — à profit sa capacité de travail après l'accident (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 170 p. 899). Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence; la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) qui est publiée sur un rythme bisannuel, tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1

et les références citées; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 171 à 176 p. 900-901).

c) 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 et 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

d) Le rapport de sortie de la CRR du 31 octobre 2007 fait état des limitations suivantes; marche en terrain plat de plus d'une demi-heure, position assise de plus d'une demi-heure, marche en terrain inégal, marche en hauteur, mouvements d'antéflexion et redressement du tronc et mouvements de rotation du rachis, port de charges en dessus de 5-10 kg, travail avec les mains au-dessus du niveau de la poitrine. Le rapport du médecin d'arrondissement de la CNA du 23 janvier 2008 recommande quant à lui une activité légère, largement sédentaire, exercée à hauteur de table ou d'établi et autorisant des positions alternées. Finalement, le rapport initial et final de l'OAI du 18 avril 2007 précise les limitations suivantes: pas de mouvements du MS (membre supérieur) gauche au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges lourdes, de déplacements sur des échelles ou fréquents dans les escaliers, alternance des positions toutes les 30 minutes, pas de travaux de porte-à-faux, activité légère.

La CNA a retenu dans un premier temps cinq DPT dont le revenu moyen a permis de calculer un taux d'invalidité économique de 54%, ainsi que cela découle de sa décision du 24 juillet 2008. Tenant compte du grief invoqué par le recourant dans son opposition du 26 août

2008, soit l'éloignement géographique des postes proposés, la CNA a, dans le cadre de la procédure d'opposition, procédé à une nouvelle recherche de DPT, lesquels se trouvent à environ une heure du lieu de domicile du recourant. Selon ces nouveaux DPT, le taux de la rente litigieuse de 52% est inférieur au calcul antérieur. La CNA a néanmoins déclaré renoncer dans sa décision sur opposition du 29 octobre 2008 à procéder à une *reformatio in pejus* et a confirmé le taux d'invalidité de 54%. Le recourant n'a semble-t-il pas tenu compte dans son recours et ses prises de position subséquentes de la nouvelle recherche de DPT effectuée par l'intimée et a continué d'invoquer les mêmes griefs. Celui de l'éloignement géographique n'étant plus valable, demeurent ceux relatifs à la pénibilité des travaux envisagés et aux revenus qu'ils génèrent. Les nouveaux DPT ne comportent plus les activités d'huissier ni d'emploi à la chaîne mais sont composés de cinq activités pouvant être effectuées, pour trois d'entre elles, indifféremment par un homme ou une femme, ce qui souligne leur caractère particulièrement léger sur le plan fonctionnel. Le recourant n'a pas étayé les raisons pour lesquelles lesdites activités ne conviendraient pas à son état de santé. Il ne fait valoir aucun élément de nature à mettre en doute que les activités décrites dans les DPT recueillies ne répondent pas aux exigences médicales et s'écartent des limitations fonctionnelles retenues. Quant au revenu généré par de telles activités, le recourant n'a pas explicité en quoi leur revenu devrait être estimé à la baisse. La cour n'a pas de motifs de s'écarter des montants retenus par la CNA.

Au vu de la nouvelle recherche de DPT effectuée par l'intimée, dont le recourant n'a d'ailleurs pas tenu compte dans son mémoire de recours, la cour de céans considère qu'elle n'a pas de motifs de s'écarter du choix des DPT par la CNA. Elle relève également que la CNA a renoncé à une *reformatio in pejus* du taux de la rente d'invalidité de 54% telle que calculé dans sa décision du 24 juillet 2008 et confirmé dans sa décision sur opposition du 29 octobre 2008, alors que le choix des nouveaux DPT et la méthode statistique aboutissaient à un résultat en-deça de l'évaluation initiale.

5. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

La présente procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice. Des dépens ne peuvent être alloués à la Confédération et à l'Etat, auxquels doit être assimilée la CNA chargée de l'exécution de tâches de droit public (cf. art. 61 al. 1 et 3 LAA; art. 52 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 56 al. 3 LPA-VD).

Le recourant ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du Bureau de l'assistance judiciaire du 22 décembre 2008, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure doit être fixée; cette indemnité sera supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

S'agissant du montant de l'indemnité - laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010, RSV 211.02.3]) -, il y a lieu de relever ce qui suit: le conseil d'office a produit le 9 mars 2011 une liste de ses opérations, qui mentionne 6.2 heures de travail avant le 1^{er} janvier 2011 et 0.6 heure après le 1^{er} janvier 2011. Ces heures doivent être rémunérées au tarif de 180 fr. (sans la TVA), à savoir au total 1'325 fr., TVA comprise. A titre de débours, compte tenu des indications de la liste des opérations, un montant de 40 fr., TVA comprise, doit être alloué. Il convient donc de fixer équitablement l'indemnité à 1'365 fr., TVA comprise (1'325 fr. + 40 fr.).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 29 octobre 2008 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** L'indemnité d'office de Me Laure Chappaz, conseil du recourant, est arrêtée à 1'365 fr. (mille trois cent soixante-cinq francs).

- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD,

tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Laure Chappaz (pour G. _____),
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt est également communiqué, par courrier électronique, au:

- Service juridique et législatif.

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 :