

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 janvier 2011

Présidence de M. JOMINI

Juges : Mme Thalmann et M. Gerber (juge suppléant)

Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

M._____, à Chavannes-près-Renens, recourant, représenté par Me Dominique Hahn, avocate à Lausanne

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENT, à Lucerne, intimé.

Art. 8 LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1, 24 al. 1 LAA

En fait :

A. M. _____, né en 1960, travaillait en qualité d'aide-monteur en ventilation auprès de l'entreprise B. _____ AG à [...]. Il était à ce titre, assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après: la CNA) contre les accidents professionnels et non professionnels. Le 10 septembre 2001, il a chuté d'un étage dans un chantier, à savoir d'une hauteur de 5 mètres selon le rapport de police du 11 septembre 2001. Il a subi un traumatisme thoracique gauche, des fractures de côtes en série, un hémithorax gauche, un hématome péri-rénal gauche et un hématome intra-capsulaire de la rate. Il a été hospitalisé du 10 au 25 septembre 2001 à l'hôpital universitaire de [...]. Selon le rapport de sortie du 28 septembre 2001, M. _____ s'est bien rétabli au niveau pulmonal. Il a toutefois continué à souffrir de douleurs importantes et est resté depuis son accident en incapacité de travail.

M. _____ a séjourné du 27 février au 22 mars 2002 à la Clinique romande de réadaptation de Sion (CRR). Le rapport de sortie du 9 avril 2002 du Dr Z. _____, spécialiste FMH médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic suivant:

Diagnostic primaire: thérapies physiques et fonctionnelles (Z50.1)

Diagnostics secondaires: fractures costales en série à gauche (Ve à VIIIe côtes, le 10 septembre 2001 (S22.3); pseudo-arthrose des VIIe et VIIIe côtes gauches (M84.1)

Comorbidité: épisode dépressif moyen (F32.1)

Le status de sortie restait inchangé par rapport au status d'entrée. Le rapport retient une forte autolimitation antalgique de l'ampliation thoracique et des douleurs sur le trajet des côtes concernées, se prolongeant jusqu'au niveau des articulations costo-traversaires. Selon un rapport du Dr B. _____, spécialiste FMH en chirurgie à l'hôpital régional de [...], consulté par la CRR le caractère des douleurs correspond à l'entier des territoires nerveux intercostaux V à IX gauches; quant à la pseudo-arthrose VII et VIII observée, elle n'a pas d'incidence mécanique et ne provoque pas de douleur élective à son emplacement. L'examen neuropsychologique s'est situé dans les limites de la norme pour les fonctions investiguées (langage, praxies, gnosies, mémoire et aptitudes exécutives; il met toutefois en évidence des difficultés attentionnelles et de rendement qui sont probablement à mettre en rapport avec les

douleurs et la situation psychologie de l'assuré. Un consilium psychiatrique du Dr W._____, médecin associé au service psychosomatique, a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen tout en relevant chez l'assuré des traits de personnalité de type narcissique et dépendant.

Le Dr Q._____, chirurgien FMH, a estimé le 15 octobre 2002, après examen de l'assuré, que les petites pseudo-arthroses des 7^e et 8^e arcs latéraux gauches ne représentent pas vraiment une indication opératoire; une intervention n'aiderait pas l'assuré "à la pathologie douloureuse complexe", mais introduirait une nouvelle pathologie qui enfermerait l'assuré encore plus dans sa situation douloureuse.

En janvier 2003, M._____ a été traité par le Dr L._____, spécialiste en anesthésiologie et en soins intensifs, de l'hôpital de [...]. Selon son rapport du 27 janvier 2003, une injection épidurale avec des anesthésiques locaux et des corticoïdes, qui aurait dû bloquer au moins pour une courte période les phénomènes inflammatoires et nociceptifs (c'est-à-dire de perception de la douleur), n'a apporté aucune amélioration, voire même, selon l'assuré, a entraîné une aggravation pendant 2 ou 3 jours. Quant à l'usage d'un appareil de neurostimulation transcutanée (TENS), il n'a pas non plus été utile.

Selon le rapport du Dr F._____, médecin d'arrondissement de la CNA, du 5 mars 2003, l'examen clinique est avant tout marqué par une autolimitation et des plaintes incessantes rapportées à l'hémithorax gauche, particulièrement dans la région portant des cicatrices de drainage, mais "on n'objective pas grand chose". A son avis, il y a certainement une surcharge psychogène. Du point de vue somatique, le Dr F._____ est d'avis que l'assuré ne peut plus travailler comme monteur en ventilation, dont « on sait qu'il s'agit d'une activité assez lourde et demandant une bonne condition physique ». En revanche, une pleine capacité de travail reste tout à fait exigible dans toute activité légère de type industriel, exercée à hauteur d'établi. Par ailleurs une indemnisation pour atteinte à l'intégrité de 5 % est envisageable par analogie avec une arthrose débutante, douloureuse, touchant l'une ou l'autre articulation, selon le barème d'indemnisation de la table 5, détail N° 2870/5.f-2000.

Selon un rapport médical du 16 septembre 2003, du Dr C._____, spécialiste en médecine générale qui traitait depuis octobre 2002 M._____, celui-ci souffre d'un état dépressif sévère consécutif au polytraumatisme du 10 septembre 2001. Le Dr C._____

relève que la médication antalgique est peu efficace et les antidépresseurs ne sont pas supportés à l'exception d'un seul. A son avis, la reprise du travail est totalement illusoire. Une expertise psychiatrique est indispensable.

Selon un rapport médical de la Dresse D._____, psychiatre traitante de l'assuré, daté du 24 novembre 2003, M._____ souffre d'un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques. Elle relève toutefois que son diagnostic ne lui convient que par élimination. Elle constate que l'assuré est replié sur lui-même et sa douleur, qu'il a un rétrécissement de ses intérêts et qu'il a une psychorigidité importante.

B. Par lettre du 24 février 2005, la CNA a informé M._____ qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet dès le 1er avril 2005. Par décision du 29 décembre 2005, la CNA a accordé à M._____ une rente de 879 francs par mois depuis le 1er avril 2005 pour une incapacité de gain de 19 % ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %, s'élevant à 5340 francs.

Par acte du 30 janvier 2006, M._____ a fait opposition contre la décision du 29 décembre 2005 en requérant une expertise psychiatrique. Par décision sur opposition du 28 septembre 2006, la Suva a rejeté l'opposition. Elle s'est notamment fondée sur l'avis médical de la Dresse Y._____, du SMR Léman, qui, sur la base d'un examen psychiatrique réalisé le 25 juin 2004, a estimé que la capacité de travail de M._____ était entière sur le plan psychiatrique.

M._____ a recouru devant le Tribunal cantonal des assurances du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 28 septembre 2006. Le 14 mars 2008, le Tribunal cantonal des assurances a admis le recours, annulé la décision attaquée et renvoyé le dossier à la CNA pour instruction complémentaire (à savoir une nouvelle expertise psychiatrique) et nouvelle décision. Il a notamment relevé que la valeur probante du rapport d'examen psychiatrique signé par la Dresse Y._____ est diminuée par le fait que celle-ci n'était pas titulaire des titres de psychiatre FMH dont elle se prévaut ni au bénéfice d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal.

C. Parallèlement à sa demande de prestations de l'assurance accident, M._____ a déposé le 18 juillet 2002 une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Selon le rapport d'examen du 30 juin 2004 du Dr D._____ du SMR Léman, qui se fonde sur le rapport du Dr F._____ du 5 mars 2003 ainsi que sur l'évaluation psychiatrique de la Dresse Y._____ du 25 juin 2004, la capacité de travail de M._____ est nulle comme monteur en ventilation, mais est entière depuis mars 2003 dans une activité adaptée, à savoir une activité légère de type industriel, exercée à hauteur d'établi. Par décision du 25 avril 2005, l'office AI du canton de Vaud (OAI) a reconnu à M._____ une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2002 au 31 mai 2003 et a en revanche refusé une rente pour la période au 31 mai 2005. L'OAI a constaté que M._____ avait une incapacité totale de travail et de gain entre septembre 2002 et mars 2003, mais que son état s'était considérablement amélioré dès mars 2003. L'OAI l'a considéré apte à la réadaptation. Dans des activités adaptées légères à hauteur d'établi ne nécessitant pas de formation préalable, le revenu que M._____ aurait pu obtenir au terme d'une mesure de reclassement professionnel aurait été de 53'048 francs. Eu égard au revenu sans invalidité de 65'260 francs, le taux d'invalidité est de 18.71 %.

Par acte du 20 mai 2005, M._____ a fait opposition contre la décision du 25 avril 2005 en requérant une expertise psychiatrique. Par décision sur opposition du 22 août 2006, l'OAI a rejeté l'opposition. Par jugement du 16 octobre 2007, le Tribunal cantonal des assurances a annulé la décision de l'OAI et renvoyé la cause à celui-ci pour nouvelle décision après complément de l'instruction par une expertise psychiatrique.

D. En date du 5 mai 2008, le Dr J._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise à la demande de l'OAI sur la base de deux examens de l'assuré en date du 25 et du 28 avril 2008. Il a posé les diagnostics d'un trouble dépressif récurrent (épisode actuel léger) (F33.0) et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il exclut en revanche l'existence d'un trouble de la personnalité.

L'expert motive principalement comme suit le diagnostic de trouble dépressif récurrent:

"Dans le cas présent, on est probablement face à un épisode dépressif. C'est le questionnement, avec tout son risque d'induction des symptômes, qui apporte des critères diagnostiques. Le sujet mentionne en effet la tristesse et la perte d'intérêt la plupart du temps tous les jours et depuis plusieurs semaines. Il dit être fatigué et fatigable. Il se dit irritable. Il dit n'avoir plus d'énergie. Il mentionne des idées de mort, retenues à cause de ses enfants. Il n'y a pourtant jamais eu de véritable scénario suicidaire. L'insomnie touche toute la nuit, mais elle est corrélée aux douleurs. Le sujet mentionne enfin un certain degré de baisse de l'estime de soi. Il rapporte des idées de ruine (je ne vaud plus rien) et d'insuffisance (je ne peux plus).

Les constatations objectives sont pourtant celles d'un sujet aimable, parfois jovial, vivant dans l'entretien et qui peut parfois se montrer triste et proche des larmes. Il s'agit pourtant plus d'une certaine labilité affective que d'un véritable fond dépressif.

La confrontation des plaintes et de ce qui a été observé force à parler d'épisode dépressif léger, même si l'échelle de dépression de Hamilton cote le tableau clinique au niveau inférieur de l'état actuel moyen. L'épisode dépressif est pourtant très vraisemblable. Il paraît juste de le retenir dans le libellé diagnostique.

Comme il n'est pas toujours mentionné dans les différentes évaluations, on peut admettre une récurrence."

En ce qui concerne le syndrome douloureux somatoforme persistant, l'expert spécifie notamment:

"On peut par conséquent conclure qu'au vu d'une certaine détresse, du fait que les plaintes douloureuses ne sont pas mieux expliquées par un trouble physique ou psychiatrique, on doit aujourd'hui admettre que ce sujet peut être décrit par l'entité diagnostique du syndrome douloureux somatoforme persistant. On est toutefois au seuil inférieur des critères diagnostiques et le trouble ne peut dès lors être que léger."

L'expert nie l'existence d'une incapacité de travail comme suit

:

"Le syndrome douloureux somatoforme persistant procède, comme la fibromyalgie, d'une classification syndromatologique. L'idée qui sous-tend ce type de classification consiste à catégoriser des ensembles de signes et symptômes qui sont délimités par une association cohérente, vérifiable et reproductible, quelle qu'en soit la cause. Il s'agit donc d'une démarche purement descriptive.

Cette démarche s'éloigne des classifications nosologiques du modèle biomédical stricto sensu où la maladie correspond à une cause, à des lésions démontrables, à une évolution et une réponse thérapeutique qui demeurent toujours corrélées à l'état des lésions.

Ce préambule est fondamental, car il souligne le fait que certains syndromes (trouble somatoforme, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique) n'ont pas forcément valeur de maladie, au sens biomédical du terme. Ils ont en fait un seul objectif de classification

pour favoriser la communication entre soignants et recherche scientifique dans le domaine qu'ils désignent. [...]

Au vu de ce qui précède, le soussigné considère comme tout à fait justifié qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant ne légitime pas une incapacité de travail en soi. Il paraît raisonnable d'exiger que le tableau clinique procède d'un contexte psychosocial délétère et d'une comorbidité psychiatrique manifestement sévère pour envisager la reconnaissance d'une incapacité de travail de longue durée.

Pour statuer sur le plan asséculo-logique, il convient d'effectuer en premier une appréciation clinique de la situation. Dans le cas présent:

- On est face à un épisode dépressif dont l'état actuel est tout au plus léger, comme cela a été discuté plus haut. Le trouble est inconstant. Il a été qualifié de moyen par le Dr W._____. Il n'a pas été constaté par Mme le Dr. D._____, médecin psychiatre. Il n'a pas davantage été constaté par Mme le Dr. Y._____, également médecin psychiatre. Seul le médecin traitant le qualifie de sévère. On ne trouve pourtant pas dans son rapport un descriptif qui permettrait d'argumenter définitivement cette qualification.
- La recherche d'autres pathologies psychiatriques est restée vaine. Un trouble de la personnalité peut être écarté, si on se réfère aux ouvrages diagnostiques de référence.
- Le réseau social est conservé. La famille est unie. L'assuré a des amis. Il maintient des liens soutenus avec sa famille d'origine.
- La présentation générale du sujet n'est pas celle d'un malade psychiatrique grave.

Finalement, l'impression globale est celle d'un trouble somatoforme qui ne peut être que léger. Ce point est déterminant, car il exprime l'appréciation globale d'un clinicien expérimenté.

Dans un tel contexte, il convient encore d'examiner un certain nombre de points particuliers. On peut d'emblée écarter une affection corporelle chronique expliquant l'évolution délétère actuelle. Les pathologies somatiques sont ici minces. Il n'y a en fait que la notion de pseudo-arthrose costale que les médecins compétents considèrent comme insuffisante à expliquer le tableau clinique actuel.

Il est par contre vrai que ce sujet résiste au traitement conduit selon les règles de l'art, même s'il y a des doutes certains sur l'observance médicamenteuse. La situation semble s'être maintenant chronifiée.

L'assuré garde pourtant des ressources. Il a pu se déplacer seul de Lausanne à Sion à deux reprises, sans difficulté. Il a été capable de collaborer correctement à l'investigation psychiatrique, se montrant d'ailleurs détendu et ouvert, ce qui relativise la sévérité de l'état dépressif. L'appréciation clinique globale du soussigné parle enfin contre une affection psychiatrique grave et incapacitante per se. On est tout de même loin d'un tableau de dépression mélancolique, de schizophrénie ou de maladie d'Alzheimer.

Au vu de ce qui précède, il paraît justifié de ne pas retenir d'incapacité de travail dans ce cas pour ce qui relève de la spécialité

du soussigné. Si l'assuré a adopté un comportement d'invalidé, les motifs en sortent vraisemblablement du champ médical tel qu'il est défini dans nos assurances sociales."

E. Par courrier du 27 juin 2008, la CNA a informé le conseil de M. _____ qu'il avait chargé le Dr G. _____ à [...] de l'expertise psychiatrique requise. Elle a toutefois renoncé après que l'OAI lui ait communiqué l'expertise du Dr J. _____.

F. Par décision du 16 décembre 2008, la CNA a confirmé sa décision du 29 décembre 2005 au motif qu'il n'y a pas d'incapacité de travail, respectivement d'invalidité psychique résultant de l'accident du 10 septembre 2001.

M. _____ a fait opposition le 16 janvier 2009. Cette opposition a été rejetée par décision du 18 mars 2009.

Par acte du 4 mai 2009, M. _____ a fait recours devant le Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 18 mars 2009. Il conclut à la réforme de cette décision en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité avec degré d'invalidité de 100 % dès le 1er avril 2005 et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 100 %, sous déduction de l'indemnité de 5 %. Il demande par ailleurs que soient entreprises des mesures d'instruction complémentaires et que soit ordonnée une expertise interdisciplinaire. A l'appui de ses conclusions, il conteste la valeur probante tant de l'examen clinique du 5 mars 2003 par le Dr F. _____ que de l'expertise du Dr J. _____. Le recours soutient que son état déficient ne peut avoir d'autre cause que l'accident du travail survenu le 10 septembre 2001 qui l'a privé de toute activité professionnelle.

La CNA conclut par acte du 15 juin 2009 au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Dans sa réplique du 17 septembre 2009, le recourant a demandé l'audition du Dr J. _____, qui avait rendu l'expertise du 5 mai 2008, ainsi que celle du Dr N. _____, son psychiatre traitant. Il a également produit une lettre du Dr N. _____, psychiatre traitant du recourant, datée du 24 août 2007, rédigée à la demande du Tribunal des assurances dans le cadre de la procédure de recours contre la décision de

l'OAI. Dans cette lettre, le Dr N. _____ diagnostique chez le recourant un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) et un syndrome douloureux chronique persistant post-traumatique. A cette lettre est annexée une liste des médicaments antidépresseurs délivrés au recourant.

En droit :

1. 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 [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. 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). Le recours ayant été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et, pour le surplus, répondant aux exigences formelles prévues par la loi (en particulier l'art. 61 let. b LPGA), il est recevable.

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) 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 est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) D'après une jurisprudence constante, l'assureur-accidents est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi

longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353).

Par ailleurs, selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., Berne 1984, p. 136; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b p. 360, 125 V 193 consid. 2 p. 195 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 p. 324 s.).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a précité).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la CNA aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce

n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee p. 353).

Pour ce qui est d'un avis émis par un médecin traitant de l'assuré, le juge doit tenir compte du fait que celui-ci est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références; TF 8C_1051/2008 du 6 février 2009 consid. 3.2). La jurisprudence tient ainsi compte de la différence entre mandat de soins et mandat d'expertise. Le point essentiel d'un rapport médical est toutefois son contenu et pas son origine (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352). Si la jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit immanquablement entre le médecin traitant et son patient, ainsi que sur l'indépendance présumée d'un médecin lié à un assureur par un rapport de travail, elle n'en déduit pas pour autant une quelconque règle de préséance de l'un de ces avis (TF 9C_843/2007 du 28 juillet 2008, consid. 3; voir également Jean-Maurice Frésard / Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2ème éd., 2007, n°686)

Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPG), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves"; ATF 130 II 425 consid. 2.1; 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c; 120 Ib 224 consid. 2b; 119 V 335 consid. 3c et la référence).

b) Le recourant conteste la valeur probante de l'avis médical du Dr F. _____ daté du 5 mars 2003 en raison d'un manque d'objectivité. Il fait valoir que l'affirmation du Dr F. _____ selon laquelle "on n'objective pas grand chose" n'a rien de scientifique.

La constatation de la difficulté à déterminer un substrat organique objectivable au douleurs invoquées par le recourant est corroborée par des avis médicaux antérieurs. Si le Dr B. _____ décrivait

en mars 2002 le caractère des douleurs du recourant comme correspondant à l'entier des territoires nerveux intercostaux V à IX gauches, il n'en a pas trouvé un quelconque substrat organique. Il relève par ailleurs que la pseudo-arthrose VII et VIII observée n'a pas d'incidence mécanique et ne provoque pas de douleur élective à son emplacement. Quant au Dr Q._____, il avait constaté une "pathologie douloureuse complexe", mais il n'en avait pas déterminé une origine organique.

Même si le rapport final du médecin d'arrondissement peut paraître peu développé sur la question de l'objectivation du substrat organique des douleurs, il n'en repose pas moins sur les différents examens intermédiaires, ainsi que sur ceux pratiqués par plusieurs spécialistes mandatés en cours de procédure. Il s'agit, en fait, non seulement d'observations médicales reposant sur un ultime examen clinique, mais également d'un rapport de synthèse aboutissant à une évaluation globale du cas. Le travail du docteur F._____ peut ainsi être considéré comme fouillé et répondant parfaitement aux critères posés par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux.

c) Le recourant conteste également la valeur probante de l'expertise du Dr J._____.

ca) Le recourant motive sa contestation de la valeur probante de cette expertise d'abord en invoquant que le Dr J._____ n'aurait pas pris en considération la sévérité de son syndrome douloureux. A son avis, c'est à tort et de manière tout à fait subjective que l'expert a estimé que ce syndrome ne serait que léger, alors qu'il l'handicape quotidiennement et gravement depuis huit ans dans ses faits et gestes. La qualification de l'intensité du syndrome douloureux somatoforme a toutefois été faite par le Dr J._____ sur la base de l'ensemble des critères diagnostiques selon le CIM-10, à savoir une douleur persistante, intense s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. L'expert a mis l'accent principalement sur le critère du sentiment de détresse en relevant que le recourant démontre certes "une certaine détresse", mais que celle-ci est inconstante et est relativisée par une "présentation générale [...] plutôt rassurante" constatée lors des deux examens. Contrairement à ce que le recourant soutient, le fait d'être handicapé par les douleurs dans la vie quotidienne n'est pas en soi un

critère diagnostic. L'affirmation de l'expert quant au degré d'intensité du trouble somatoforme est ainsi suffisamment motivée objectivement.

cb) Le recourant soutient par ailleurs que l'appréciation de la situation médicale par l'expert n'est pas claire, car elle ferait totalement abstraction du fait que l'état de santé du recourant est chronifié et persiste depuis plusieurs années sans aucune amélioration. Or, l'expert relève précisément que le caractère persistant des douleurs pendant plus de six mois est un critère diagnostic du syndrome douloureux somatoforme persistant. La chronicisation des douleurs est donc un élément constitutif du syndrome diagnostiqué par l'expert. Elle a donc été prise en considération de manière adéquate.

cc) Le recourant conteste par ailleurs que l'expert ait établi son rapport en pleine connaissance de l'anamnèse, car le rapport met en évidence des abus d'alcool et des retraits de permis de conduire qui sont antérieurs à l'accident et n'ont rien à voir avec son état de santé actuel. Or, l'histoire médicale du patient fait aussi partie de l'anamnèse qui doit être prise en compte. De plus, si l'expert a pris en considération l'alcoolisme dont le recourant avait souffert, il a relevé que celui-ci "est devenu sobre, d'après les informations à disposition" et il n'a en tout cas pas fondé son diagnostic sur le seul comportement du recourant antérieur à l'accident.

cd) Enfin, le recourant soutient à tort que l'expert aurait déclaré que l'état de santé du recourant ne nécessiterait aucune mesure thérapeutique et qu'il n'y aurait aucun diagnostic psychiatrique, ce qui serait contredit par les traitements contre la dépression qui lui ont été prescrits depuis plusieurs années par ses médecins. Or, l'expert a bien établi deux diagnostics psychiatriques (trouble dépressif récurrent et syndrome douloureux somatoforme persistant). Si l'expert a affirmé qu'il n'a pas de proposition à faire sur le plan thérapeutique, il ne s'est pas prononcé sur l'adéquation d'un traitement.

ce) En conclusion, les critiques du recourant ne justifient pas de mettre en question la valeur probante de l'expertise du Dr J._____.

d) Le recourant demande que soit ordonnée une expertise pluridisciplinaire. L'instruction médicale effectuée sur mandat de l'intimée ou de l'OAI est pourtant suffisante et il n'y a pas lieu de la compléter. Au demeurant, aucun élément du dossier ne permet de considérer que la situation médicale du recourant commanderait qu'une nouvelle expertise

soit ordonnée, étant souligné que le fait qu'un autre psychiatre, médecin traitant du recourant, ne partagerait pas l'analyse de la situation médicale du recourant et les conclusions de l'expert n'est pas en soi suffisant. La requête d'expertise judiciaire formée par le recourant doit par conséquent être rejetée.

3. Le litige porte tant sur le taux d'invalidité et que sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré.

a) La condition du lien de causalité naturelle 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. 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 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1. p. 406, 119 V 335 consid. 1. p. 337).

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. p. 181, 402 consid. 2.2 p. 405, 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références).

b) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé, en l'espèce un épisode dépressif et un syndrome douloureux somatoforme persistant, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants, ou de peu de gravité; 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 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 des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération

doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409; cf. TF 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2).

c) Le recourant soutient que son état de santé déficient ne peut avoir d'autre cause que l'accident de travail du 10 septembre 2001. Le rapport de causalité entre l'accident assuré et la pseudo-arthrose a été admis par la décision attaquée puisqu'une indemnité pour perte de l'intégrité a été accordée en raison de cette atteinte. La décision attaquée ne se prononce en revanche pas sur le rapport de causalité avec les atteintes psychiques, bien que la décision sur opposition du 28 septembre 2006 ait soutenu que le lien de causalité adéquate devait être nié.

d) L'accident de l'assuré, impliquant une chute de cinq mètres, doit être qualifié de gravité moyenne (cf. TF 8C_115/2009 du 28 juillet 2009 consid. 6.2; TFA U 458/04 du 7 avril 2005, consid. 3.4.1 avec d'autres références). Or, au plus un des critères susmentionnés est rempli:

da) La condition du caractère particulièrement impressionnant doit être examinée objectivement et non sur la base du sentiment subjectif ou de la peur ressentie par l'assuré (RKUV 1999 n° U 335 p. 207 consid. 3b/cc; TF U 56/07 du 25 janvier 2008 consid. 6.1; TF 8C_57/2008 du 16 mai 2008 consid. 9.1).

Par comparaison, le Tribunal fédéral a par exemple nié que la condition du caractère particulièrement impressionnant fût remplie dans le cas d'un travailleur victime d'un accident dans les circonstances suivantes: dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un échafaudage d'une hauteur d'environ trois à quatre mètres (TFA U 393/04 du 8 février 2006) ou d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 mètres dans une fouille (TFA U 144/05 du 27 décembre 2005; voir aussi TFA U 21/06 du 30 août 2006 consid. 4.5). Ou encore dans le cas d'un travailleur qui a chuté d'une plateforme de 5.6 mètres de haut (TF 8C_207/2008 du 11 juillet 2009). Il l'a en revanche admis dans le cas d'un assuré qui, lors de travaux de démolition de boxes de garages, s'est trouvé pressé contre une benne de déchets par un pan de mur en plâtre s'écroulant sur lui tandis que le toit menaçait également de s'effondrer, et qui a subi plusieurs fractures à la suite de cet événement nécessitant une hospitalisation de plusieurs jours (TFA U 89/99 du 10 juillet 2000).

Il faut relever en outre que chaque accident de gravité moyenne a un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour remplir le critère du caractère particulièrement impressionnant (TF, arrêt 8C_1020/2008 du 8 avril 2009, consid. 5.2). En l'espèce, ni la hauteur ni le fait que la chute se soit déroulée entre deux étages dans un bâtiment en construction ne suffisent pour lui conférer un caractère particulièrement impressionnant.

db) Les lésions physiques subies par l'assuré (principalement un traumatisme thoracique gauche, des fractures de côtes en série et un hémithorax gauche) ont incontestablement été graves. Même s'il ne ressort pas des avis médicaux que ces lésions physiques aient été propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, on peut admettre à la rigueur que le critère de la gravité particulière ait été rempli, mais il ne l'est pas de manière particulièrement manifeste.

dc) L'hospitalisation suite à l'accident n'a duré que quinze jours. Quant au traitement médical des lésions physiques, il n'a duré que quelques semaines. Déjà à la fin 2001, le traitement médical ne consistait plus qu'en un antalgique et un anti-toussif/expectorant (rapport du Dr P. _____ du 26 décembre 2001 de la policlinique médicale universitaire). La durée du traitement médical n'apparaît donc pas particulièrement longue. Quant à la durée du traitement psychiatrique, elle n'est pas déterminante pour l'examen des conditions de la causalité adéquate.

dd) Le critère des douleurs physiques persistantes n'est pas non plus rempli, car déjà six mois après l'accident, lors du séjour au CRR, aucun substrat organique n'a pu être attribué aux douleurs ressenties par le recourant.

de) Aucune erreur dans le traitement médical ne ressort du dossier.

df) S'agissant de l'activité comme monteur en ventilation, une incapacité totale de travail a été constatée par le Dr F. _____ en raison des exigences physiques de cette activité. En revanche, en raison de l'absence de substrat organique pour les douleurs ressenties par le recourant, les lésions physiques n'apparaissent plus dès le début 2002 comme la cause du maintien de l'incapacité de travail dans une activité adaptée. Le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'est donc pas rempli.

e) Dès lors qu'au plus un des critères évoqués ci-dessus est rempli et pas de manière particulièrement manifeste, cela ne suffit pas pour admettre la causalité adéquate entre l'accident et les affections psychiques additionnelles, eu égard à la qualification de l'accident comme étant de gravité moyenne sans être à la limite des accidents graves.

Toutefois, même si l'on admettait un rapport de causalité entre l'accident et les affections psychiques additionnelles, comme l'autorité intimée semble l'avoir fait dans la décision attaquée, cela ne changerait pas l'issue de la présente cause en ce qui concerne la rente, comme nous allons le voir.

5. 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 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 (art. 16 LPGA).

6. Le recourant conteste la capacité résiduelle de travail qui lui a été reconnue. Selon la décision attaquée, le recourant a une pleine capacité de travail dans toute activité légère de type industriel, exercée à hauteur d'établi.

a) Pour pouvoir déterminer la capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour l'assuré, donc l'aptitude du recourant à travailler dans une activité adaptée, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 6 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant.

b) Selon le Dr F._____, le recourant ne peut plus travailler comme monteur en ventilation, car il s'agit d'une activité assez lourde et demandant une bonne condition physique. En revanche une pleine capacité de travail reste tout à fait exigible dans toute activité légère de type industriel, exercée à hauteur d'établi. Quant au Dr J._____, il a estimé que le recourant n'avait pas d'incapacité de travail pour des motifs psychiatriques, car tant l'épisode dépressif que le syndrome douloureux somatoforme persistant sont légers lors de l'expertise.

7. Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65, 131 V 49).

La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 352 et ATF 131 V 49). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents

types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact).

a) En l'espèce, seul le Dr C._____, médecin généraliste traitant du recourant, a diagnostiqué chez celui-ci un état dépressif sévère sans toutefois motiver cette qualification. Tous les autres avis médicaux nient l'existence d'un état dépressif majeur. Même le psychiatre traitant du recourant, le Dr N._____, a diagnostiqué dans sa lettre du 24 août 2007 uniquement un épisode dépressif moyen. Le Dr W._____ estimait, lui aussi, qu'il s'agissait d'un épisode dépressif moyen. Quant au Dr J._____, il a lui diagnostiqué un épisode dépressif léger tout en relevant que le trouble est inconstant. Enfin, la psychiatre traitante du recourant avant le Dr N._____, la doctoresse D._____, n'avait, quant à elle, pas constaté d'état ou d'épisode dépressif. Il appert ainsi que la dépression du recourant ne constitue pas et n'a jamais constitué une comorbidité psychiatrique suffisamment importante par sa gravité, son acuité et sa durée pour conférer un caractère invalidant au syndrome somatoforme douloureux persistant. De plus, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème éd., p. 191) sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les troubles dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352

consid. 3.3.1 et la référence; TF 9C_310/2008 du 12 février 2009, consid. 2.1).

b) Les autres critères permettant d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail ne sont pas non plus remplis. Ainsi, le recourant ne présente pas, en sus du trouble somatoforme douloureux persistant, une affection corporelle chronique ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. On ne saurait non plus parler d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Aucun des spécialistes n'a relevé l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie). Enfin, le dossier ne faisait pas mention de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art.

c) Il découle de ce qui précède qu'il n'y a pas de motif pour renverser la présomption que le recourant est apte à accomplir l'effort de volonté raisonnablement exigible pour surmonter le syndrome somatoforme douloureux persistant et l'épisode dépressif. Ces affections ne sont ainsi pas susceptibles d'affecter durablement la capacité de travail du recourant, comme le Dr J. _____ l'a constaté.

8. La rente d'invalidité a été accordée à partir du 1er avril 2005. Le taux d'invalidité a été fixé à 19 % par la décision attaquée en confirmation de la décision du 29 décembre 2005, laquelle se fondait sur la décision de l'OAI du 25 avril 2005.

a) Le recourant prétend que le taux d'invalidité devrait être fixé à 100 %. Apparemment, il le déduit de son affirmation selon laquelle son incapacité de travailler est totale. Or, il a été constaté plus haut que les atteintes psychiques, si tant est qu'elles soient dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident assuré, n'affectent pas durablement la capacité de travail du recourant. Si l'on fait donc abstraction du syndrome douloureux et que l'on tient compte exclusivement des séquelles physiques de l'accident, il ne ressort des avis médicaux aucun élément susceptible de mettre en cause l'appréciation du Dr F. _____ selon laquelle le recourant aurait une pleine capacité de travail dans une activité légère de type industriel, exercée à hauteur d'établi.

b) Selon l'art. 19 al 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Par lettre du 24 février 2005, la CNA a informé M. _____ qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet dès le 1er avril 2005. Dans la mesure où le recourant n'a plus suivi de traitement pour les atteintes physiques depuis 2003, il est clair qu'en date du 1er avril 2005 il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état.

c) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente).

Le revenu annuel réalisable sans accident a été fixé à 65'260 francs. Ce montant correspondant au revenu communiqué le 9 décembre 2004 par l'employeur du recourant pour l'année 2004 (salaire mensuel de 5020 francs auquel s'ajoute le 13e mois). Le recourant ne conteste à juste titre pas ce montant.

d) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. 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 (DPT) établies par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475).

Selon la décision attaquée, le revenu d'invalidé a été fixé à 53'048 francs. Cette détermination repose sur l'évaluation de l'OAI qui se fonde sur le salaire annuel moyen en 2004 pour différentes activités correspondant aux DPT 5738 (opérateur en galvanisation), 1138 (micro-soudeur et contrôleur), 5201 (employé en assemblage électrique), 2260 (employé d'usine en montage et câblage), 6533 (manœuvre spécialisé dans l'industrie du bois), 3728 (employé de presse d'une fonderie), 7739 (employé d'usine d'une entreprise de gravage) et 1615 (employé au contrôle). Le recourant ne fournit aucun élément susceptible de mettre en cause le bien-fondé de cette évaluation.

Au demeurant, même si l'on se fondait sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (cf. ATF 126 V 75 ss), plutôt que sur les descriptions de postes de travail sélectionnées par l'intimée, il n'en résulterait pas que l'assuré subirait une diminution notablement plus importante de sa capacité résiduelle de gain. Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2004, à savoir 4588 francs par mois (Office fédéral de la statistique, Enquête sur la structure des salaires 2004, TA1, niveau de qualifications 4). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et permettent l'alternance des positions et sont donc adaptées aux problèmes physiques du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2005 (41,7 heures; La Vie économique 5/2010, p. 86, tableau B9.2), ce montant doit être porté à 4783 francs, soit 57'396 francs par an. Si l'on adapte ce chiffre à l'évolution des salaires entre 2004 et 2005, de 1 %, on obtient 4830 francs par mois ou 57'970 francs par an.

e) Le calcul de la perte économique du recourant (soit du degré d'invalidité) est par conséquent le suivant:

$$(65'260 \text{ fr.} - 53'048 \text{ fr.}) : 65'260 \text{ fr.} \times 100 = 18.7\%$$

Conformément à la jurisprudence, (ATF 130 V 121 consid. 3.2 p. 123), ce taux doit être arrondi à 19 %. Le taux d'invalidité de 19 % fixé par la décision attaquée est donc correct.

9. Le recourant conteste également le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, estimant que celle-ci devrait être de 100 %.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA).

D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 p. 230 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (Jean-Maurice Frésard / Margit Moser-Szeless, op. cit., n°229). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b p. 221; RAMA 2004 no U 514 p. 415, TFA U 134/03, consid. 5.2; RAMA 2000 no U 362 p. 41, TFA U 360/98, consid. 1).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel - anatomique ou fonctionnel -, mental ou psychique (cf. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales

(SVR 2009 UV n° 27 p. 97, TF 8C_459/2008 consid. 2.3; voir également Thomas Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, op. cit., n°235).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b p. 32, 209 consid. 4a/bb p. 210; 113 V 218 consid. 2a p. 219) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2).

La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc p. 211; 116 V 156 consid. 3a p. 157; RAMA 1998 no U 296 p. 235, TFA U 245/96 consid. 2a).

b) Le taux de 5 % fixé par la décision attaquée pour l'atteinte à l'intégrité représentée par la pseudo-arthrose costale repose sur l'analyse du Dr F. _____, selon laquelle une indemnisation pour atteinte à l'intégrité de 5 % est envisageable "par analogie avec une arthrose débutante, douloureuse, touchant l'une ou l'autre articulation". D'après la table 5.2 de la CNA, aucune indemnité n'est accordée pour une arthrose légère. Pour une arthrose moyenne, cette table prévoit une indemnité entre 0 et 30 %, suivant l'articulation touchée. L'indemnité maximale pour une arthrose est fixée à 40 % et vise des arthroses graves et handicapantes (arthrose grave de la hanche, du genou ou de la cheville). Il est ainsi évident qu'une indemnité de 100 % telle que requise par le recourant ne repose sur aucune base.

La table 5.2 ne mentionne pas l'hypothèse d'une pseudo-arthrose costale. Dans la mesure où il a été constaté par le Dr B. _____ que la pseudo-arthrose n'a pas d'incidence mécanique et ne provoque pas de douleur élective à son emplacement, un taux d'indemnité de 5 %, correspondant notamment à la valeur basse pour une arthrose moyenne de l'épaule, est adéquat.

c) Dans la mesure où les atteintes psychiques ne sont pas en rapport de causalité adéquate avec l'accident assuré (cf. supra consid. 4.d), aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est due à leur sujet.

10. Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise. Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA) ni allocation de dépens.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents du 18 mars 2009 est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Dominique Hahn (pour M. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :