

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mars 2012

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Métral et M. Perdrix, assesseur
Greffière : Mme Donoso Moreta

* * * * *

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Me Catherine Jaccottet Tissot,
avocate à Lausanne

et

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

Art. 4, 8, 16 et 17 al. 1 LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1959, maçon de formation, a été engagé par la société W._____ SA le 28 octobre 1996 en qualité de plâtrier-peintre à plein temps et, à ce titre, assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 24 février 1997, l'assuré est tombé d'une échelle. Il a subi une fracture du poignet droit, traitée par immobilisation plâtrée. Comme il présentait, suite au retrait du plâtre, des douleurs et des fourmillements à la main droite, de même qu'une diminution de la sensibilité et un manque de force, une décompression chirurgicale du nerf médian du poignet droit a été pratiquée le 30 janvier 1998. L'évolution a toutefois été défavorable, les douleurs persistantes empêchant l'assuré de travailler à plus de 75% dans son activité habituelle. Une seconde opération a eu lieu le 15 décembre 1998, pour une tendinite du flexor carpi radialis du poignet droit.

Dans un rapport du 28 octobre 1999, le Dr G._____, médecin-conseil à la CNA, mentionnant que l'assuré signalait une diminution de la sensibilité des doigts 2 à 4 de la main droite, ainsi qu'un manque de force, a estimé que le cas était stabilisé et que le rendement de l'assuré était diminué dans l'activité de maçon, qui implique des travaux lourds, mais que de nombreux autres travaux restaient possibles sans perte de rendement.

Durant les années 1999 et 2000, l'assuré a subi trois autres accidents dont les suites ont été prises en charge par la CNA :

- Il a souffert de gonalgies apparues après avoir joué au football en mars 1999. Le 31 août 1999, il a subi une résection par voie arthroscopique d'une déchirure en languette de la

corne postérieure du ménisque interne du genou gauche. La reprise du travail à temps plein a été possible à partir du 27 septembre 1999 en ce qui concerne les suites de cet accident.

- Le 7 mars 2000, il a glissé sur la première marche d'une échelle et s'est déchiré des ligaments à la cheville droite, qui a été immobilisée.

- Le 9 juin 2000, il a de nouveau glissé sur une marche et a souffert d'une contusion à la cheville droite, traitée par immobilisation. L'évolution a été favorable et le travail a pu être repris à 100% le 11 septembre 2000 en ce qui concerne les suites de ces deux accidents à la cheville droite.

Par décision du 11 janvier 2001, entrée en force, la CNA a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité d'un taux de 25% dès le 1^{er} janvier 2001, basée sur un degré d'incapacité de travail de 25% dans l'activité habituelle de plâtrier, due aux séquelles de l'accident de février 1997.

B. Le 20 août 2003, l'assuré s'est tordu la cheville droite et n'a dès lors plus repris le travail. Il a été opéré le 6 janvier 2004 d'une fracture ostéochondrale de l'astragale de la cheville droite, lors de laquelle une mosaïc-plastie ostéochondrale a été pratiquée.

Sur demande du médecin conseil de la CNA, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 8 juin au 14 juillet 2004. Il ressort du rapport de sortie de cet établissement que la situation médicale n'était pas totalement stabilisée à ce moment-là. Cependant, et en ce qui concernait la cheville droite uniquement, les limitations pouvant être retenues concernaient la marche sur les terrains difficiles, la montée et la descente répétitive d'escaliers et le port de charges lourdes. Une reprise

du travail à 100% était envisageable dans une activité qui respecterait ces limitations, la capacité de travail dans activité habituelle étant nulle.

Le 12 mai 2005, l'assuré a été examiné par le Dr P._____, qui a indiqué que les séquelles de l'ancienne fracture scaphoïdienne du poignet droit n'avaient pas évolué de façon significative depuis la liquidation du cas par la CNA. En ce qui concernait l'atteinte astragaliennne, la situation était désormais stabilisée. Les dernières radiographies de la cheville, pratiquées le même jour, témoignaient d'une nette régression de l'ostéodystrophie mouchetée médio-tarsienne observée sur des clichés pratiqués en 2004. Il subsistait une irrégularité de l'angle astragalien supéro-externe, mais on n'observait pas de pincement arthrosique de la tibio-astragaliennne. En l'absence d'altérations dégénératives notables, les séquelles n'atteignaient pas un degré indemnisable selon les barèmes de l'IPAI (indemnité pour atteinte à l'intégrité). Cette appréciation devrait cependant être revue en cas d'évolution tardive vers une arthrose tibio-astragaliennne. Il existait une pleine capacité de travail, dans les limites de la rente actuelle, dans toutes activités n'exigeant pas de déplacement en terrain irrégulier ni de marche prolongée, comme les activités mentionnées dans les Descriptions de postes de travail (DPT) n° 470 (surveillant de parking), 590 (surveillant de parking), 1138 (micro-soudeur et contrôleur), 2261 (caissier de station/kiosque) et 3425 (caissier) établies par la CNA.

Par décision du 18 mai 2005, confirmée par décision sur opposition du 19 septembre 2005, entrée en force, la CNA a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité de 28% dès le 1^{er} juillet 2005, basée sur une capacité de travail entière dans une activité adaptée ne nécessitant pas de déplacements en terrain irrégulier ou de marche prolongée et ne mettant pas à forte contribution le membre supérieur droit, telles les activités décrites dans les DPT susmentionnées.

C. L'état de la cheville droite de l'assuré évoluant vers une arthrose post-traumatique, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie

orthopédique, a pratiqué le 9 janvier 2007 une arthroscopie de la cheville droite et un débridement antéro-externe. Le 2 avril 2008, il a également pratiqué une arthrodèse tibio-astragaliennne droite par abord antérieur, avec fixation par vis en croix et plaque antérieure. Dans un rapport du 16 juin 2008, le Dr T._____ a indiqué que, une fois la guérison complète atteinte après la dernière intervention, on pouvait prévoir une capacité de travail d'au moins 50% dans une activité permettant une position uniquement assise ou nécessitant très peu de déplacements, avec possibilité de se lever fréquemment pour changer la position de la cheville.

Le 10 octobre 2008, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, la Dresse D._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, qui a mentionné notamment ce qui suit dans son rapport :

« **Examen clinique :**

A l'examen clinique, il s'agit d'un assuré de 49 ans, en excès pondéral, au faciès pléthorique, conscient, bien orienté.

Il marche en décharge relative du MID avec diminution du temps d'appui.

La marche sur la pointe des pieds et sur les talons n'est pas possible.

L'agenouillement est possible aux $\frac{3}{4}$ de la course.

L'examen de la cheville droite révèle des cicatrices fines, indolores, la cheville est empâtée avec une différence de périmètre de 1cm, il existe une chaleur locale, un discret œdème prenant le godet. Le medio-tarse et l'avant-pied sont calmes, il n'y a pas de signe qui pourrait faire évoquer une algodystrophie.

L'examen du genou est sp.

On relève une amyotrophie du mollet avec différence de périmètre de 1,5 cm en défaveur de la droite.

La cheville droite est bien fixée, sans fausse mobilité résiduelle.

En ce qui concerne les MS, la ceinture scapulaire est bien équilibrée, sans amyotrophie. Le périmètre du MSD est supérieur à celui du gauche au niveau du bras et de l'avant-bras d'un bon centimètre et

demi. Il n'y a pas d'atrophie de l'éminence thénar ni hypothénarienne. La mobilité du poignet est très discrètement réduite et reste comparable au status du bilan final évoqué ci-dessus. En revanche, la force de préhension est diminuée. Lors du test, le patient adopte une attitude d'adduction du pouce alors qu'il a été observé une mobilité tout à fait normale lorsqu'il cherchait ses radiographies dans son sac et qu'il a porté son sac pour le mettre sur son épaule. Les cicatrices restent fines et indolores.

Radiographies :

Les radiographies attestent d'une bonne consolidation de l'arthrodèse. L'interligne articulaire est encore visible postérieurement. Il existe une discrète sclérose au niveau sous-astragalien. Le matériel est en place sans signe de descellement.

Appréciation du cas :

On se trouve à un délai de 6 mois d'une arthrodèse tibio-tarsienne par voie antérieure chez un maçon de 49 ans, bénéficiant d'une rente partielle Suva de 28% pour les suites d'un ancien accident de la main et d'une entorse de la cheville droite survenue le 20.08.2003.

L'examen clinique montre un status d'arthrodèse tibio-tarsienne, avec matériel encore en place, la persistance de discrets signes irritatifs localement.

L'examen actuel confirme une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité de maçon.

Dans une activité ne sollicitant pas le MID, avec peu de déplacements, évitant les terrains irréguliers, les escabeaux, les échelles, la position à genoux ou accroupie, la capacité de travail au plan médico-théorique m'apparaît exigible à 75% en admettant l'incapacité résiduelle de 25% en relation avec l'état irritatif post-opératoire. Si l'on envisage l'AMO, je ne pense pas que le résultat fonctionnel sera forcément meilleur chez un patient qui est resté algique de cette cheville depuis maintenant 5 ans. La situation me paraît stabilisée.

[...]

En ce qui concerne les séquelles post-traumatiques qui concernent la main droite, la situation est stationnaire par rapport à l'examen final du 28.10.1999.

[...]

La capacité de travail de 50% dans une activité adaptée selon les limitations fonctionnelles données était exigible à partir du 16.06.2008, comme mentionnée par le Dr T._____ . »

Par ailleurs, la Dresse D._____ proposait une IPAI de 15%, l'articulation tibio-tarsienne étant bloquée à angle droit.

Le 3 février 2009, W. _____ SA a indiqué à la CNA que, sans son atteinte à la santé, l'assuré gagnerait, en 2009, 32 fr. 50 de l'heure, 13^{ème} salaire et indemnité pour vacances en sus, pour une durée de travail hebdomadaire de 41,25 heures.

Le 25 septembre 2009, l'assuré a de nouveau été examiné par la Dresse D. _____, afin d'évaluer l'évolution de son état de santé et sa capacité de travail exigible, compte tenu de nouvelles DPT, offrant des périodes de pauses officielles dans lesquelles pourraient être incluses les périodes de pauses médicalement justifiées. Il est mentionné notamment ce qui suit dans le rapport de la Dresse D. _____ :

« Les cicatrices en regard de la cheville droite restent fines et indolores.

Il persiste un empâtement de la cheville et du médio-tarse avec une différence de 1 cm. Je ne retrouve plus de chaleur locale ni l'œdème prenant le godet. Il n'y a pas de signe faisant évoquer une algodystrophie.

La cheville droite est bien fixée. Il persiste une mobilité sous- astragaliennne, indolore, diminuée de moitié par rapport à la gauche.

Pour les MS, le status reste comparable sans amyotrophie avec une discrète limitation du carpe droit.

La force de préhension est à 30 kg à droite (40 kg à gauche).

Il n'y a pas eu de nouveau bilan radiologique depuis le dernier contrôle du 10.10.2008.

On se trouve à un délai de 1,5 ans d'une arthrodèse tibio-tarsienne par abord antérieur avec une évolution discrètement favorable d'un état irritatif. Le status montre une arthrodèse stable.

Les limitations fonctionnelles restent d'actualité. Il faut éviter un travail en force avec de la marche sur terrain irrégulier ou nécessitant la position à genoux ou accroupie. Il faut également éviter les activités sur des échelles ou escabeaux.

En intégrant les descriptifs de postes de travail donnés qui mentionnent que l'introduction de pauses dans le déroulement du travail est possible, sans implication d'une baisse de rendement, l'exigibilité m'apparaît totale. Ces pauses sont en effet nécessaires pour éviter l'ankylose lors de la remise en marche et éviter la recrudescence de signes irritatifs.

[...]

La situation est stable en ce qui concerne les séquelles post-traumatiques de la main droite.

Je m'écarte de l'incapacité partielle retenue par le Dr T. _____ vu l'évolution actuelle favorable et au vu des descriptifs des postes de travail adaptés. »

Par décision du 22 octobre 2009, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 36%, dès le 1^{er} octobre 2008, ainsi qu'une IPAI d'un taux de 15%. Pour fixer le revenu d'invalidité de l'assuré (48'200 fr.), la CNA s'est basée sur cinq DPT datant de 2009, dont elle a retenu la moyenne des salaires minimums afin de tenir compte de la fréquence des pauses nécessitées par l'état de santé de l'assuré, qui dispose toutefois d'une pleine capacité de travail dans ces postes, qui sont adaptés à ses limitations fonctionnelles (activité légère sur sol plat, évitant les positions malcommodes agenouillées ou accroupies et ne sollicitant pas de manière soutenue la main et le poignet droits) : collaborateur de production à [...] (DPT 10490, 42'100 fr. de salaire minimum) ou à [...] (DPT 368166, 45'180 fr. de salaire minimum et DPT 4520, 49'000 fr. de salaire minimum), chauffeur-livreur à [...] (DPT 6637, 50'396 fr. de salaire minimum) et aide-mécanicien à [...] (DPT 3305, 54'600 fr. de salaire minimum).

L'assuré a formé opposition contre cette décision le 3 décembre 2009. Il a fait valoir que les DPT retenues par la CNA étaient inadaptées à son cas. Il a également contesté l'amélioration de son état de santé retenue par la Dresse D. _____ dans son rapport du 25 septembre 2009 et a demandé que soit mise en œuvre une expertise afin de fixer sa capacité de travail. A l'appui de ses allégations, il a produit un questionnaire complété à sa demande par le Dr T. _____, qui précise que la capacité de travail prévisible de 50% mentionnée dans son rapport du 16 juin 2008 ne tenait compte que du problème de la cheville droite, dont les limitations étaient par ailleurs stationnaires.

Par décision sur opposition du 21 janvier 2010, la CNA a confirmé sa décision. Elle s'est notamment basée sur l'avis de son médecin-conseil, le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie, du 19 janvier

2010. Sur la base des documents médicaux attestant de l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis son accident de février 1997, ce médecin a retenu qu'il n'y avait pas eu de changement dans l'état de santé de l'assuré entre les deux examens pratiqués par la Dresse D._____, ou à tout le moins aucune péjoration. En outre, il a affirmé que toutes les DPT retenues étaient exigibles à 100% et que, dans une activité adaptée, l'introduction de pauses supplémentaires n'était pas nécessaire.

D. Par acte du 16 février 2010, F._____, par l'intermédiaire de son conseil, Me Catherine Jaccottet Tissot, avocate à Lausanne, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 21 janvier 2010, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à la réforme, une rente de 50%, subsidiairement d'un taux à fixer par expertise, étant octroyée au recourant, et subsidiairement à l'annulation, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction. Le recourant affirme ne pas contester le taux d'IPAI retenu par la CNA, mais uniquement son degré d'incapacité de gain. Il fait valoir que les DPT retenues par l'intimée sont inadaptées à son état de santé, car elles ne tiendraient pas compte des limitations de sa main droite, et demande qu'une expertise soit mise en œuvre pour fixer sa capacité de travail au vu de l'ensemble de ses limitations fonctionnelles.

Par réponse du 10 mai 2010, l'intimée conclut au rejet du recours.

Dans sa réplique du 26 mai 2010, le recourant réitère sa demande d'expertise. Subsidiairement, il requiert que les DPT soient soumises au médecin l'ayant opéré suite à son accident du 25 février 1997.

Le 7 juin 2010, le recourant réitère ses demandes et requiert subsidiairement la tenue d'une audience d'instruction.

Dans sa duplique du 21 juin 2010, l'intimée s'oppose à la mise en œuvre d'une expertise, au motif que le dossier a été suffisamment instruit. Le 23 juin 2010, elle précise que son médecin d'arrondissement a bien tenu compte des limitations fonctionnelles de la main droite du recourant dans ses rapports d'examens.

Dans sa détermination du 24 juin 2010, le recourant affirme que le rapport du 10 octobre 2008 de la Dresse D._____ ne fait que mentionner l'accident à la main droite, sans faire état d'un examen récent qui permettrait de déterminer la force de préhension, le degré de mobilité et la sensibilité des doigts de cette main.

Le 1^{er} avril 2011, le recourant indique que la Clinique de V._____ refuse de répondre à ses questions sans être judiciairement mandatée. Il réitère sa demande qu'un mandat judiciaire soit confié à un spécialiste de la chirurgie de la main afin d'examiner la mobilité des doigts de sa main droite et la compatibilité de cette mobilité avec les exigences des activités décrites dans les DPT.

E. Le recourant ayant également, dès 1999, demandé à pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité, le juge instructeur a requis le 10 septembre 2010 la production du dossier AI, qui contient notamment les documents suivants :

- un rapport médical établi le 22 octobre 1999 par les médecins de la Permanence chirurgicale de V._____, soit l'établissement ayant pris en charge les suites de l'accident de février 1997, qui indiquent que la capacité de travail résiduelle de l'assuré est de 75% dans une activité nécessitant le développement de la force et de 100% dans toute autre activité, l'état de santé étant stationnaire.

- un rapport d'expertise établi le 23 mai 2005 par le Prof. K._____, médecin-chef au service de rhumatologie, de médecine physique et de réhabilitation de l'Hôpital de [...] et par le Dr X._____,

chef de clinique, qui décrivent notamment, dans le status ostéo-articulaire, une mobilisation complète du poignet et de la main droite, sans pression du scaphoïde, et sans signes inflammatoires. Pour l'ensemble des plaintes, y compris des lombalgies chroniques sans relation avec les accidents assurés par la CNA, ils retiennent une totale incapacité de travail dans les métiers physiques impliquant le port régulier de charges de plus de 15 kg, comme l'ancien métier de l'assuré de maçon et plâtrier-peintre. Dans une activité n'impliquant pas un tel port de charges et permettant des changements de positions, telle que le gardiennage de parking, les métiers administratifs ou la petite mécanique, la capacité de travail était de 100%, avec un rendement de 80%.

- un rapport établi le 11 décembre 2006 par la Dresse R._____, médecin-conseil à l'ORIPH, suite à stage effectué par le recourant dans cette institution, qui conclut, en se fondant sur les observations en atelier, à la possibilité d'une activité légère et simple, de conditionnement ou d'établi, avec une baisse de rendement de 25% due au handicap de la main droite. Selon la Dresse R._____, une activité lourde en position debout soutenue, nécessitant de nombreux déplacements et sollicitant de manière répétée et en force le poignet droit n'était plus envisageable. Dans des activités allégées, permettant l'alternance des positions et favorisant la station assise, elle a constaté des difficultés d'utilisation de la main droite, celle-ci servant surtout comme pince, ou comme appui avec la paume de la main. Malgré cela, la qualité d'exécution lui apparaissait tout à fait acceptable, le recourant pouvant se révéler débrouillard et astucieux, et capable de fournir un travail soutenu, sans pause supplémentaire.

- un rapport médical établi le 17 avril 2007 à la demande de l'OAI par le Dr C._____, spécialiste en médecine générale, qui mentionne, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de son patient, des lombalgies chroniques, une fracture du scaphoïde carpien droit, une méniscectomie gauche, une gonarthrose gauche et des entorses à la cheville droite. Ce médecin fait état d'une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle et d'une capacité de

travail diminuée de 20% dans une activité adaptée, telle un travail de bureau ou de gardien de parking.

- un rapport médical établi le 9 mai 2007 à la demande de l'OAI par le Dr T._____ qui, se prononçant uniquement sur la cheville droite, fait état d'une situation stationnaire, entraînant une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle et une totale capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : activité en grande partie assise, sans déplacements trop longs, sans port de charges en marchant et sans longues stations debout ni de marches.

- une décision sur opposition de l'OAI du 20 mai 2008, qui, sur la base de l'expertise du 23 mai 2005, admet une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de l'assuré dès le 20 août 2003 mais une capacité de travail entière, avec une diminution de rendement de 20%, dans une activité adaptée, dès le mois d'octobre 2004.

- un projet de décision de l'OAI daté du 25 mai 2010 qui, afin de tenir compte des suites de l'opération intervenue en avril 2008, octroie à l'assuré un quart de rente d'invalidité du 1^{er} juin au 31 août 2008, puis une demi-rente jusqu'à fin janvier 2009, la rente étant par la suite supprimée, du fait que la capacité de travail serait désormais à nouveau de 100%, avec diminution de rendement de 20% dans activité adaptée.

E n d r o i t :

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).

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. e 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).

En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et répond aux exigences formelles prévues par la loi (en particulier l'art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

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

En l'espèce, le litige ne porte que sur la fixation du taux d'invalidité du recourant. Quant au taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) retenu dans la décision litigieuse, il est admis par le recourant et résulte d'une estimation faite par la Dresse D._____, dûment justifiée par les informations médicales figurant au dossier, de sorte qu'il ne sera pas examiné plus avant.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations de l'assurance-accidents sont allouées en cas

d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA).

Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide - l'invalidité est définie à l'art. 8 LPGGA comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée - à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. 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 (art. 19 al. 1 LAA).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343, consid. 3.5 et les références). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue toutefois pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les

circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

b) 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. Il 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). S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; 125 V 351, consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1).

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 et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3a). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé. Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee et les références).

4. a) En l'espèce, le recourant conteste le degré d'invalidité de 36% retenu dans la décision litigieuse. Il soutient qu'il ne lui est plus possible de travailler désormais à plus de 50%, comme l'a attesté le Dr T. _____ dans son rapport du 16 juin 2008, et que les conclusions de la Dresse D. _____, qui retient le 25 septembre 2009 une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé, telles les activités décrites dans les DPT n°10490, 368166, 4520, 6637 et 3305, ne sont pas suffisamment motivées et ne tiennent notamment pas compte des limitations fonctionnelles de sa main droite.

b) S'agissant des séquelles post-traumatiques à la main droite, la décision de la CNA du 19 septembre 2005, soit la dernière décision entrée en force rendue par cet assureur, reconnaissait au recourant une capacité de travail entière dans une activité ne mettant pas à forte contribution son membre supérieur droit. Aucun rapport médical au dossier ne fait état depuis lors d'une aggravation de l'état de la main droite, le recourant n'ayant d'ailleurs plus été suivi pour cette affection. Les deux rapports de la Dresse D. _____ décrivent dans l'examen clinique une situation stationnaire, la mobilisation du poignet et de la main droite étant déjà considérée le 23 mai 2005 par le Prof. J. _____ comme complète. Certes, la Dresse R. _____ indique, en décembre 2006, une baisse de rendement de 25% due au handicap de la main droite. Ces conclusions ne s'appuient toutefois pas sur un examen médical du recourant, mais sur une observation en atelier professionnel. Or les informations provenant des organes d'observation professionnelle, qui ont certes pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur sa capacité de travail et de gain sur le marché du travail, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient toutefois en principe supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). La baisse de rendement décrite par la Dresse R. _____, qui indique également que la qualité d'exécution

était tout à fait acceptable, le recourant étant capable de fournir un travail soutenu sans pause supplémentaire, n'est rapportée par aucun médecin ayant examiné l'assuré. Ces derniers concluent en effet soit à une capacité de travail entière dans une activité adaptée (Dresse D. _____), soit à une capacité de travail, dans une activité adaptée, réduite de 20% afin de tenir compte également d'autres affections n'étant pas du ressort de la CNA, à savoir des lombalgies (Prof. J. _____ et Dr C. _____). Par conséquent, force est de constater que, les pièces figurant au dossier ne permettent de retenir aucune aggravation de l'état de la main droite du recourant depuis la dernière décision entrée en force.

S'agissant de la cheville droite, le rapport du Dr T. _____ du 16 juin 2008 indique qu'une capacité de travail d'au moins 50% était prévisible, une fois la guérison complète atteinte suite à l'opération du 2 avril 2008, dans une activité permettant une position uniquement assise ou avec très peu de déplacements et comportant la possibilité de se lever fréquemment pour changer la position de la cheville. Environ quatre mois plus tard, la Dresse D. _____ a examiné le recourant et a admis, en relation avec l'état irritatif post-opératoire (elle décrit notamment une chaleur locale et un discret œdème prenant le godet), une incapacité de travail résiduelle de 25% dans une activité ne sollicitant pas le membre inférieur droit, comportant peu de déplacements et évitant les terrains irréguliers, les escabeaux, les échelles et la position à genoux ou accroupie, tout en signalant que la capacité de travail de 50% retenue par le Dr T. _____ était exigible au moment du rapport de ce dernier. Après avoir réexaminé le recourant une année plus tard, la Dresse D. _____ a fait état d'une évolution favorable (elle a notamment noté l'absence de chaleur locale et d'œdème) et n'a plus retenu aucune incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans son précédent rapport, qui restaient d'actualité.

c) Si l'administration ou le juge, 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 ; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, n° 450 p. 212 ; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., n° 111 p. 39 et n° 320 p. 117 ; cf. aussi ATF 122 II 464, consid. 4a ; 122 III 219, consid. 3c ; 120 Ib 224, consid. 2b ; 119 V 335, consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n°10 p. 28, consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90, consid. 4b ; 122 V 157, consid. 1d et l'arrêt cité).

Le rapport établi le 25 septembre 2009 par la Dresse D._____ est récent. Il se base sur un examen complet de l'assuré, notamment de sa cheville et de sa main droites, ainsi que sur son dossier médical. Il prend également en considération les plaintes émises par le recourant. La Dresse D._____ a expliqué les raisons pour lesquelles elle s'écarte de son appréciation précédente (soit de l'incapacité de travail résiduelle de 25% retenue dans son rapport du 10 octobre 2008) et de celle du Dr T._____ du 16 juin 2008 (capacité de travail de 50% minimum). L'évolution observée lui apparaît en effet favorable, la cheville ne présentant notamment plus d'état irritatif, au vu de l'absence désormais de chaleur locale et d'œdème prenant le godet. Ses conclusions ne sont par ailleurs pas incompatibles avec celles du rapport du Dr T._____ précité, qui n'indique avoir procédé qu'à une estimation de la capacité de travail minimum de son patient, avant la stabilisation de son état de santé. Le rapport de la Dresse D._____, qui remplit les réquisits posés par la jurisprudence pour détenir valeur probante, rend par conséquent superflue l'administration de preuves supplémentaires. La requête du recourant visant à la mise en œuvre d'une instruction complémentaire, notamment par expertise, doit par conséquent être rejetée.

Il en résulte que, comme il est indiqué dans la décision litigieuse, la capacité de travail du recourant reste totale dans une activité

adaptée, bien que ses limitations fonctionnelles soient plus nombreuses que celles retenues dans la dernière décision entrée en force : aux limitations dues à l'état de la main droite (l'activité exigible ne devant pas, selon la décision du 18 mai 2005, solliciter de manière soutenue la main et le poignet droits) s'ajoutent en effet désormais les limitations supplémentaires décrites par la Dresse D._____, dues à l'état de la cheville droite suite aux opérations du 9 janvier 2007 et du 2 avril 2008 (activité légère sur sol plat, comportant peu de déplacement et évitant les positions malcommodes agenouillées ou accroupies).

5. a) Pour l'évaluation du taux d'invalidité, le revenu 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 16 octobre 2009, consid. 2.1). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29, consid. 1 ; 104 V 135, consid. 2a et 2b ; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009, consid. 2.1).

b) Le revenu hypothétique de la personne valide, soit le revenu sans invalidité, 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 ; 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 75'500 francs. Ce montant correspond au revenu communiqué le 3 février 2009 par l'employeur du recourant pour l'année 2009 (salaire de 32 fr. 50 de l'heure, 41,25 heures par semaine, 13^{ème} salaire et indemnité pour vacances en sus). Le recourant ne conteste à juste titre pas ce montant.

c) Quant au revenu d'invalidé, lorsque l'assuré ne met pas, ou pas pleinement, à profit sa capacité de travail après l'accident, il peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (enquête suisse sur la structure des salaires) ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 129 V 472, consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidé, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472, consid. 4.2 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2^{ème} édition, p. 901). Les données salariales qui résultent des DPT ne peuvent toutefois servir au calcul du revenu d'invalidé que pour autant que certaines conditions soient remplies. Ainsi, l'assureur doit produire cinq DPT et préciser le nombre total de places de travail documentées entrant en considération pour le handicap donné, les salaires maximum et minimum de celles-ci et le salaire moyen du groupe correspondant (ATF 129 V 480, consid. 4.2.2).

En l'espèce, le recourant conteste que les DPT n° 10490, 368166, 4520, 6637 et 3305 retenues par l'intimée soient adaptées à son état de santé, notamment aux limitations fonctionnelles de sa main droite. Or la Dresse D._____, dont les rapports tiennent dûment compte de toutes les affections dont souffre le recourant, considère que ces DPT, qui permettent notamment d'effectuer des pauses, sont bien adaptées à l'état

de santé du recourant. Le Dr H. _____ indique également, dans son rapport du 19 janvier 2010, que ces DPT sont adaptées aux séquelles des divers accidents et opérations qu'a subies le recourant. De plus, il convient de souligner que la CNA a pris en compte, dans la détermination du revenu d'invalidé, la moyenne des salaires minimaux des DPT susmentionnées, ce qui est favorable au recourant. Le revenu d'invalidé a ainsi été fixé à juste titre à 48'200 francs, la perte de gain à 27'300 francs (75'500 fr. - 48'200 fr.) et le degré d'invalidité à 36% ($[27'300 \text{ fr.} / 75'500 \text{ fr.}] \times 100$).

d) Au demeurant, même si l'on se fondait sur les données salariales de l'ESS plutôt que sur les DPT sélectionnées par l'intimée, l'assuré ne subirait pas une diminution plus importante de sa capacité résiduelle de gain. Le salaire de référence est en effet celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2009, à savoir un montant de 4'806 francs par mois (Office fédéral de la statistique, ESS 2008, TA1, niveau de qualification 4) qui, adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 2.1%), donne un salaire mensuel de 4'906 fr. 95 par mois en 2009. D'autre part, comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures par semaine, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2009 (41,6 heures ; Office fédéral de la statistique, statistique de la durée normale du travail dans les entreprises [DNT] 2009), ce montant doit être porté à 5'103 fr. 20, soit 61'238 fr. 40 par an.

Ce dernier montant doit encore être réduit à 48'990 fr. 72, suite à un abattement maximum de 20% effectué afin de tenir compte des limitations fonctionnelles présentées par le recourant. La perte de gain s'élevant par conséquent à 26'509 fr. 28 (75'500 fr. - 48'990 fr. 72), le degré d'invalidité du recourant est de 35,11% ($[26'509 \text{ fr.} 28 / 75'500 \text{ fr.}] \times 100$), soit un taux inférieur à celui retenu dans la décision litigieuse.

6. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 21 janvier 2010 par la CNA confirmée.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 21 janvier 2010 par la CNA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Catherine Jaccottet Tissot, avocate (pour F. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :