

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 septembre 2011

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : Mme Brélaz Braillard et M. Zbinden, assesseur  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.** \_\_\_\_\_, à Payerne, recourant, représenté par Me Charles Munoz, avocat  
à Yverdon-les-Bains,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et 16 LPG; art. 18 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré) travaillait en qualité de machiniste auprès de la société B.\_\_\_\_\_ SA à Corcelles et était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

Le 7 octobre 2002, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation à Payerne, à la suite duquel il a été blessé notamment à la jambe droite et au bras gauche. Il a été hospitalisé du 7 au 22 octobre 2002 au service de chirurgie de l'hôpital de Payerne, qui a diagnostiqué une fracture comminutive à deux fragments intermédiaires du fémur droit et une fracture du cubitus gauche médio-diaphysaire. Une incapacité de travail totale a été attestée et le cas a été pris en charge par la CNA.

L'assuré a été examiné par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie à Payerne, qui a retenu le diagnostic de syndrome post-commotionnel, la présence de céphalées et un status neurologique ainsi que radiologique normal. L'assuré a bénéficié notamment de séances de physiothérapie et a fait l'objet d'opérations, courant 2003, pour retard de consolidation du fémur droit, pseudarthrose du cubitus et pseudarthrose du fémur droit et du cubitus gauche.

Le 18 juin 2003, le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service orthopédique et traumatologique du CHUV, a retenu une fracture complexe diaphysaire du fémur droit, s'est prononcé au sujet de l'évolution du cas et a retenu qu'aucune reprise du travail n'était prévue.

Le 15 juillet 2003, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant notamment à l'octroi d'une rente.

Lors d'une consultation le 16 février 2004, le Dr V.\_\_\_\_\_ a retenu des céphalées, des douleurs notamment lombaires, à la main gauche et au pli de l'aîne à droite, ainsi que des difficultés à la marche. Radiologiquement, il a constaté que le fémur droit était en voie de consolidation et que le cubitus gauche était déjà consolidé.

Le 10 mars 2004, l'assuré a été examiné par le Dr L.\_\_\_\_\_, remplaçant du médecin d'arrondissement de la CNA, qui a constaté des douleurs notamment au cubitus gauche et au fémur droit ainsi que des difficultés de mouvements. Il a retenu qu'après de nombreuses interventions il n'y avait pas de consolidation du fémur droit et du cubitus gauche, que persistait un status séquellaire douloureux empêchant la marche en charge et l'usage du bras gauche, qu'il y avait également des céphalées post-contusionnelles relativement invalidantes et que cette situation semblait avoir de très fortes répercussions psychiques sur l'assuré.

Du 23 mars au 7 mai 2004, l'assuré a effectué un séjour à la clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après: la CRR). Dans un rapport du 21 mai 2004, les Drs [...], médecin assistant au service de réadaptation générale de la Clinique romande de réadaptation, et [...], spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en chirurgie orthopédique, ont notamment retenu les diagnostics de fracture comminutive du fémur droit ostéosynthésée, de fracture médio-diaphysaire du cubitus gauche ostéosynthésée, de status après ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur droit et réostéosynthèse et greffe osseuse du cubitus gauche le 12 novembre 2003, d'état de stress post-traumatique et de TCC léger. Ils ont retenu une capacité de travail nulle dans l'ancienne activité et suggéré une reprise à but thérapeutique dans un poste adapté dans 4 à 6 semaines. Ils ont retenu que les limitations fonctionnelles concernaient le travail en position debout prolongée, les déplacements fréquents, le port de charges lourdes et moyennes ainsi que les activités demandant une activité répétée de la prono-supination et de la force du MSG (membre supérieur gauche).

Dans un rapport du 18 juin 2004, le Dr V.\_\_\_\_\_ a constaté, d'un point de vue strictement traumatologique, que le cubitus était consolidé et que le fémur nécessitait encore un contrôle radioclinique. Il a retenu que l'intéressé devait pouvoir retrouver une activité professionnelle à mi-temps avec alternance de positions assise et debout, pas de port de charges de plus de 15 kg, à raison de 4 à 5h par jour, probablement dès le 1<sup>er</sup> septembre 2004.

Dans un rapport d'examen du 30 juillet 2004, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a constaté des douleurs notamment au membre inférieur droit et au bras gauche ainsi que lors de la marche et a signalé l'échec d'une reprise d'activité le 8 juin 2004. Il a relevé des troubles psychiques empêchant une reprise d'activité professionnelle, réclamant sur ce point la mise en œuvre d'une expertise. D'un point de vue somatique, le patient conservait une pleine capacité de travail dans une activité légère, ne nécessitant pas de déambulations et autorisant des positions alternées. La reprise de l'activité antérieure pouvait même être envisageable, une nouvelle évaluation de la capacité de travail devant être effectuée à la fin du traitement d'ici 12 à 18 mois.

De janvier à juin 2005, l'assuré a bénéficié de séances de psychothérapie auprès de [...], psychothérapeute FSP à Fribourg, qui a signalé un état de stress post-traumatique et un trouble anxio-dépressif. L'intéressé ayant éprouvé des difficultés à s'y investir en raison de l'importance de ses douleurs somatiques, ces séances ont été interrompues.

Dans un rapport du 13 octobre 2005, le Dr V.\_\_\_\_\_ a retenu que les fractures du fémur et du cubitus gauche étaient complètement consolidées et que les plaintes fonctionnelles - au membres inférieur droit et supérieur gauche -paraissaient relativement importantes par rapport aux séquelles objectivables. Il a estimé que l'assuré pouvait travailler à mi-temps, avec travaux légers comportant alternance des positions assise et debout, comme surveillance ou gardiennage.

Une expertise psychiatrique a été confiée par la CNA à la Dresse X.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH à Valeyres-sous-Montagny. Le 14 janvier 2006, cette spécialiste a posé les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, de dysthymie et de trouble douloureux somatoforme persistant. Elle a notamment retenu ce qui suit dans son appréciation du cas et en réponse aux questions de la CNA:

"Sur le plan psychopathologique, pendant la guerre et quelques mois après son arrivée en Suisse, M. Z.\_\_\_\_\_ a présenté des symptômes compatibles avec un état de stress post-traumatique. Ces symptômes se sont réactivés à la suite de l'accident, ce dernier faisant office de catalyseur. Fin 2004, la situation s'est en partie amendée, Monsieur cessant la prise en charge auprès de son psychiatre et toute médication antidépressive. En juillet 2005, l'expertisé présente une recrudescence d'angoisses et de troubles du sommeil, en lien avec une cérémonie de commémoration à Srebrenica prévue l'été 2005, pour y enterrer de nombreux corps identifiés, dont l'un de ses oncles. Monsieur s'y rend en voiture pour assister à l'enterrement de son oncle. Cette cérémonie, a également réactivé le vécu traumatique de la guerre avec recrudescence des crises d'angoisse et des troubles du sommeil.

A ce jour persistent une irritabilité, un sentiment d'inutilité, une difficulté à se projeter dans l'avenir, des cauchemars récurrents avec flash-back liés à la guerre et à l'accident. Au vu du laps de temps écoulé par rapport à l'accident survenu en octobre 2002, le diagnostic d'état de stress post-traumatique ne peut plus être retenu. De même, une relation de causalité naturelle avec l'accident peut être admise tout au plus jusqu'à fin 2004. La réactivation de la symptomatologie est à mettre en relation avec la cérémonie de commémoration à Srebrenica, à laquelle Monsieur s'est rendu. Actuellement persistent une modification durable de la personnalité, un trouble de l'humeur sous forme de dysthymie et un syndrome douloureux somatoforme persistant.

Toutefois, l'expertisé peut maintenir une sociabilité élargie (amis, famille, belle-famille), s'occuper de sa fille cadette âgée de 3 ans et oublier ce vécu traumatique. Le traitement mis en place est idoine, exception faite que l'expertisé dit prendre le traitement de Tolvon le matin et non le soir comme prescrit. Le Tolvon, antidépresseur anxiolytique et sédatif susceptible d'agir également sur les douleurs et le sommeil, doit être pris dans la soirée.

Quant à la capacité de travail, celle-ci peut être estimée de 70% dans une activité simple. Toutefois le pronostic reste réservé au vu de la représentation d'«invalidé» de l'expertisé et de «victime» dans cet accident.

[...]

Les troubles psychiques se sont manifestés pour la première fois pendant la guerre en ex-Yougoslavie sous forme de symptômes compatibles avec un état de stress post-traumatique. Avec le temps, ils ont diminué puis disparu. L'accident d'octobre 2002 a fait office de catalyseur et réactivé ce vécu traumatique. La situation a été lentement favorable, pour évoluer vers une modification durable de la personnalité, un trouble somatoforme et une dysthymie, persistant à ce jour. Monsieur a cessé le suivi psychiatrique et la médication antidépressive fin 2004. La relation de causalité naturelle avec l'accident peut être reconnue tout au plus jusqu'à fin 2004. La réactivation de la symptomatologie est à mettre en relation avec une cérémonie de commémoration à Srebrenica, à laquelle l'expertisé a assisté l'été 2005.

[...]

A ce jour, au regard des seuls troubles psychiques, la capacité de travail peut être estimée à 70%, sans diminution de rendement.

[...]

Une prise en charge psychologique pourrait permettre un amendement partiel du tableau psychique. Un amendement total paraît peu probable au vu de la modification durable de la personnalité et de la représentation d' «invalidé» de l'expertisé.

[...]

[Dans le tableau psychique actuel] les facteurs étrangers à l'accident sont de l'ordre d'environ 70% et relatifs à la guerre en ex-Yougoslavie".

Le 1<sup>er</sup> mars 2006, le Dr W. \_\_\_\_\_ a constaté des douleurs au membre inférieur droit et au bras gauche, des difficultés pour marcher et des céphalées, les constatations orthopédiques étant identiques à celles de l'examen du 30 juillet 2004. Pour la capacité de travail, avec la Dresse X. \_\_\_\_\_, il a retenu une capacité de travail de 6h par jour dans une activité adaptée, avec un rendement normal, puis proposé une réévaluation du cas dans un délai de 3 ans. Il a également retenu une atteinte à l'intégrité de 10%.

Dans un rapport du 13 juin 2006, le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin adjoint à l'unité de psychiatrie ambulatoire de Payerne, a émis des doutes quant au taux de capacité de travail de 70% retenu par la Dresse X. \_\_\_\_\_ sur le plan psychique et a relevé que l'accident de 2002 avait probablement réactivé des traumatismes qui étaient jusqu'alors contenus.

Dans un rapport du 8 août 2006, le Dr R. \_\_\_\_\_ a retenu des douleurs post traumatiques du membre inférieur droit, mixtes mécaniques et neurogènes, puis proposé un traitement médicamenteux et une réévaluation orthopédique. Le 14 mars 2007, le Dr V. \_\_\_\_\_ a mentionné une opération d'ablation d'une plaque angulée du fémur droit, effectuée le 10 janvier 2007, n'ayant pas réellement changé les plaintes de l'assuré. Il a retenu une capacité orthopédique théorique de 50% dans un travail léger avec alternance de positions et sans exposition à des intempéries.

Dans un rapport d'examen du 24 avril 2007, le Dr W. \_\_\_\_\_ a signalé qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse au fémur droit n'avait entraîné qu'une légère diminution des douleurs de la musculature et que persistaient des douleurs au membre inférieur droit, la situation étant pour le surplus superposable à celle de mars 2006. Il a confirmé les conclusions de son précédent rapport.

Le 1<sup>er</sup> mai 2007, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 30 juin 2007, sous réserve des contrôles médicaux encore nécessaires.

Par décision du 10 août 2007, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité mensuelle de 777 fr. 35 dès le 1<sup>er</sup> juillet 2007, compte tenu d'une incapacité de gain de 19%, dont elle a suspendu le versement pendant l'octroi d'une indemnité journalière de l'AI. Elle a également reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, se montant à 10'680 fr.

Le 12 septembre 2007 puis le 5 novembre 2007, par son mandataire, l'assuré a formé opposition contre cette décision, se prévalant d'une incapacité de gain d'au moins 50% et contestant les avis médicaux de la CNA.

Du 24 septembre au 23 décembre 2007, sous l'égide de l'OAI, l'assuré a effectué un stage d'orientation professionnelle au centre Oroph de Morges. Les possibilité d'intégration dans le monde économique se sont

avérées très faibles, seul un travail en atelier protégé sans contrainte d'un rendement étant indiqué.

Le 6 mars 2008, la CNA a annulé sa décision du 10 août 2007 et a repris le versement des indemnités journalières au-delà du 30 juin 2007, sauf durant la période du 24 septembre au 23 décembre 2007 en raison d'indemnités de l'AI.

Dans un rapport d'examen du 12 novembre 2008, G.\_\_\_\_\_, neuropsychologue FSP, a constaté des troubles mnésiques sévères en modalité verbale et en mémoire, un dysfonctionnement exécutif sévère, un fléchissement sévère du raisonnement logique et des troubles attentionnels sévères. Elle a retenu que la sévérité des déficits était inhabituelle suite à un traumatisme crânien, un syndrome douloureux chronique ou un état de stress post-traumatique et que la capacité de travail était nulle, même dans un emploi non qualifié.

Une expertise psychiatrique a été mise en œuvre par l'OAI auprès de la Dresse X.\_\_\_\_\_, qui en date du 19 novembre 2008 a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, de modification durable de la personnalité après expériences de catastrophes et de dysthymie. Elle a ensuite retenu en particulier ce qui suit dans son appréciation du cas:

"A l'examen clinique, sont présents une humeur dépressive, une diminution de la confiance en soi comme homme et mari (conservée comme père), des troubles du sommeil, une vision négative des perspectives d'avenir, associées à des ruminations.

[...]

Je ne retiens pas le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission car les critères, à savoir au moins 6 symptômes sur 10 de la lignée dépressive [...] ne sont pas présents.

[...]

Bien que M. Z.\_\_\_\_\_ relate une baisse d'énergie, des troubles de la mémoire et de la concentration, [les symptômes décrits lors de l'examen neuropsychologique] ne sont pas objectivés durant l'entretien de plus de 2 heures. Aucun ralentissement psychomoteur

n'est mis en évidence. Monsieur répond rapidement et adéquatement aux questions.

Cliniquement, les éléments décrits ci-dessus par Mme G. \_\_\_\_\_ ne sont pas patents. Par ailleurs selon téléphone avec Mme G. \_\_\_\_\_, de tels déficits empêcheraient la conduite d'un véhicule automobile et interféreraient notoirement dans la vie quotidienne de l'expertisé, ce qui n'est pas le cas.

Rappelons que M. Z. \_\_\_\_\_ conduit régulièrement sa voiture, *pour me déstresser*, et se rend annuellement avec son véhicule en Bosnie-Herzégovine.

Par ailleurs, il peut fonctionner dans sa vie quotidienne et maintenir une sociabilité.

Au vu de ce qui précède, des phénomènes de majoration sont présents.

L'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission, décrit par le Dr F. \_\_\_\_\_, en février 2008 a évolué en une dysthymie, déjà objectivée en janvier 2006.

Persiste une modification durable de la personnalité, secondaire à des expériences de catastrophes (guerre en Bosnie, accident en octobre 2002, commémoration à Srebrenica en 2005) se manifestant par une difficulté à gérer certaines émotions, une irritabilité en fonction des circonstances et une colère à l'égard des limitations physiques secondaires à l'accident et du responsable de cet accident.

Les douleurs diffuses s'étendant à plusieurs parties du corps dont certaines sont sans substrat organique, associées à une détresse émotionnelle permettent de retenir un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et non une majoration de douleurs physiques pour des raisons psychologiques.

Une co-morbidité psychiatrique sous forme de modification durable de la personnalité après plusieurs expériences de catastrophe et dysthymie est présente. Persiste une affection corporelle chronique sur le plan orthopédique.

L'état psychique paraît cristallisé (bénéfices primaires).

Les traitements médicamenteux permettent en partie de diminuer les douleurs. Par ailleurs la thymie et l'anxiété ont répondu favorablement à des traitements antidépresseurs et anxiolytiques.

Une intégration sociale est maintenue; M. Z. \_\_\_\_\_ maintient des contacts avec ses amis et anciens collègues à Payerne, se rend annuellement en voiture en Bosnie-Herzégovine pour visiter sa famille et il a des contacts réguliers avec sa famille habitant à Berne et sa belle-famille résidant à Yverdon.

Depuis l'accident en octobre 2002, cette situation s'est chronicisée d'autant plus que M. Z. \_\_\_\_\_ ne serait pas responsable de cet accident et que l'auteur n'aurait jamais pris de ses nouvelles.

Globalement, cet examen clinique est superposable à celui effectué en janvier 2006.

Au vu de ce qui précède, le syndrome douloureux somatoforme persistant et la modification durable de la personnalité après des expériences de catastrophe interfèrent de 30% sur la capacité de travail en raison des limitations suivantes: seuil douloureux abaissé, irritabilité en fonction des circonstances, diminution de la résistance au stress, capacités d'adaptation et d'apprentissage réduites et difficultés à accepter ses limites physiques.

Cependant, le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel, paraît compromis en raison des représentations négatives et du comportement «d'invalidé» de M. Z.\_\_\_\_\_.

[...]

La capacité de travail est de 70% dans une activité simple. Sur le plan psychique, l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à raison de 6 heures par jour. Dans le cadre d'une activité de 70%, pas de diminution du rendement".

Dans un préavis du 31 juillet 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> octobre 2003 au 30 novembre 2004, à un trois quarts de rente du 1<sup>er</sup> décembre 2004 au 31 mars 2006, la rente étant ensuite supprimée, puis à une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier au 30 mai 2007, la rente étant supprimée au 1<sup>er</sup> juin 2007. Il a retenu un degré d'invalidité de 61% dès décembre 2004 - compte tenu d'un revenu sans invalidité de 55'445 fr. et d'un revenu d'invalidé selon l'enquête suisse sur la structure des salaire (ci-après: ESS) de 21'758 fr. 15 - et de 31% dès janvier 2006 - compte tenu d'un revenu sans invalidité de 56'671 fr. 45 et d'un revenu d'invalidé de 39'366 fr. 22 selon l'ESS.

Dans un rapport du 25 août 2009, le Dr V.\_\_\_\_\_ a notamment constaté une excellente musculature, des douleurs au niveau de la fesse droite, des difficultés à la marche et un bilan radiologique montrant des fractures parfaitement consolidées et infirmant une coxarthrose de la hanche droite.

Le 22 septembre 2009, B.\_\_\_\_\_ SA a communiqué à la CNA un salaire présumable sans accident en 2009 de 4'725 fr. (13 fois par an), compte tenu d'un horaire de travail de 42 heures par semaine.

Dans un rapport d'examen médical final du 14 octobre 2009, le Dr W. \_\_\_\_\_ a relevé des douleurs inguinales droites au membre inférieur droit, au bas du dos et au thorax, les douleurs se manifestant dorénavant également au repos. Objectivement, il a constaté une mobilité complète de la hanche droite, une musculature totalement récupérée, une inégalité des membres inférieurs et une main gauche fonctionnelle. Malgré une évolution difficile, il a retenu que le patient était bien remis et qu'il pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée.

Le 22 octobre 2009, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2009, sous réserve des contrôles médicaux encore nécessaires. Cette décision n'a pas été contestée.

Sur le plan économique, la CNA a versé au dossier cinq descriptions de postes de travail (ci-après: DPT) pour 2009 (n. 8460, 1138, 2259, 362411 et 5202), effectuées auprès d'entreprises dans le canton de Vaud pour des activités manuelles, qui ont toutes mis en évidence un salaire minimal et un salaire maximal. Dans un document de synthèse daté du 21 octobre 2009, la CNA a présenté un tableau mettant en évidence en moyenne, compte tenu des données résultant de ces cinq DPT, un salaire moyen de 53'759 fr. Elle a également présenté un tableau recensant les données de trente-trois DPT, parmi lesquelles figurent les cinq DPT ci-dessus qui ont été versées au dossier.

Par décision du 27 janvier 2010, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité mensuelle de 1'824 fr. 65 dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010, compte tenu d'un gain annuel assuré de 65'283 fr., d'une incapacité de gain de 39%, d'une rente mensuelle de 1'697 fr. 35 et d'une allocation de renchérissement de 127 fr. 30. La CNA a précisé que l'incapacité de gain de 39% résultait d'un revenu d'invalidé de 3'136 fr. par mois, correspondant à une activité exigible de 70% sur le plan médical, et d'un revenu sans invalidité de 5'120 fr. réalisable sans l'accident.

Dans un décompte de compensation avec des paiements rétroactifs de l'AVS/AI et APG, daté du 4 mars 2010, la CNA a relevé que l'assuré avait droit à une rente AI de 128'455 fr. du 1<sup>er</sup> octobre 2003 au 31 mai 2007 et à une rente de la CNA de 213'518 fr. 75 du 10 octobre 2002 au 23 septembre 2007. Compte tenu d'un gain présumable perdu de 301'311 fr. 70 du 7 octobre 2002 au 23 septembre 2007, la CNA a mis en évidence une surindemnisation de 40'662 fr. 05, en sa faveur.

Par décision du 16 mars 2010, la CNA a informé l'assuré qu'elle compensait le montant de 40'662 fr. 05 qui lui est dû avec les arrérages de l'AI, dès lors que les prestations des assurances sociales excédaient de ce montant le gain que l'assuré aurait pu réaliser du 7 octobre 2002 au 23 septembre 2007. Cette décision n'a pas été contestée.

Le 1<sup>er</sup> mars 2010, par son mandataire, l'assuré a formé opposition contre la décision du 27 janvier 2010, en réclamant l'octroi d'une rente basée sur un degré d'invalidité de 58%, subsidiairement sur un degré à préciser par la CNA.

Par décision sur opposition du 25 mars 2010, la CNA a confirmé sa position. Elle a retenu que l'assuré présentait, selon l'avis du Dr W.\_\_\_\_\_, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée sur le plan physique et, selon l'avis de la Dresse X.\_\_\_\_\_, une capacité de travail de 70% sans diminution de rendement sur le plan psychique. Sur la base d'un revenu d'invalidé de 37'632 fr. - selon le salaire médian ressortant de la moyenne des salaires de cinq DPT, pour un taux de 70% - et d'un revenu de valide de 61'440 fr. en 2009, la CNA a mis en évidence un degré d'invalidité de 38.7%, arrondi à 39%. Elle a ajouté que la prise en compte d'un revenu d'invalidé dans des activités simples et répétitives selon l'ESS à un taux de 70%, même avec un abattement de 5 à 10%, n'était pas plus favorable à l'assuré.

Dans l'intervalle, par décision du 9 avril 2010, l'OAI a accordé à l'assuré le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> octobre 2003 au 30 novembre 2004, à un trois quarts de rente du 1<sup>er</sup> décembre 2004 au 31 mars 2006,

le droit à la rente étant ensuite supprimé, puis à une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier au 30 mai 2007, la rente étant supprimée au 1<sup>er</sup> juin 2007. L'OAI s'est référé aux mêmes motifs que ceux de son préavis du 31 juillet 2009. L'assuré a recouru contre cette décision.

**B.** Par acte du 26 avril 2010 de son mandataire, Z.\_\_\_\_\_ fait recours au Tribunal cantonal et conclut, avec suite de frais et dépens, à la réforme de la décision sur opposition du 25 mars 2010 de la CNA en ce sens qu'une rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 56% lui est allouée, subsidiairement à ce qu'une rente d'invalidité lui est allouée sur un degré d'invalidité à déterminer, mais en aucun cas inférieur à 41%.

Se prévalant notamment de l'avis des Drs F.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, puis contestant celui des Drs W.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, il se prévaut d'une capacité de travail résiduelle de 50% et d'un degré d'invalidité de 56%. Il conteste en outre le calcul du revenu d'invalidé, dès lors que la moyenne des salaires moyens aurait dû être retenue, et non la moyenne de cinq DPT sélectionnés arbitrairement par la CNA, un montant de 51'940 fr. devant être retenu, aboutissant à un revenu mensuel de 5'120 fr. pour un taux de 70%.

Dans sa réponse du 2 juillet 2010, par son mandataire, la CNA conclut au rejet du recours dans la mesure où il est recevable. Elle relève que la question de l'exigibilité médicale a été suffisamment instruite par la CNA, notamment à la suite d'un séjour de l'assurée à la CRR, des observations du Dr W.\_\_\_\_\_ et de l'avis psychiatrique de la Dresse X.\_\_\_\_\_, et qu'il n'y a pas de rapports médicaux exigeant de s'en écarter. S'agissant de la détermination du revenu d'invalidé selon la méthode des DPT, elle se réfère à la décision attaquée.

Dans sa réplique du 5 novembre 2010, le recourant confirme ses conclusions. Se référant aux avis des Drs V.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, qui auraient été minimisés par la CNA, il se prévaut d'une incapacité de travail d'au moins 50%, puis conteste que la CNA ait fait preuve de générosité à son égard.

Le 17 janvier 2011, l'intimée se réfère à sa précédente écriture.

Le 11 juillet 2011, le recourant dépose une décision du service de l'emploi le reconnaissant inapte au placement dès le 16 mai 2011.

**C.** Le dossier de l'assuré auprès de l'OAI a été produit; y figurent notamment les pièces médicales suivantes:

- Un rapport du service médical régional AI (ci-après: le SMR) du 10 avril 2006 du Dr J.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique FMH, retenant des séquelles de fractures des 2 os de l'avant-bras à gauche sous forme de raccourcissement, perte de la supination et diminution de force chez un droitier et de séquelles d'une fracture extra-articulaire du tiers proximal du fémur droit. Une capacité de travail exigible de 70% est indiquée, compte tenu de limitations fonctionnelles sur le plan somatique.

- Un rapport médical du 6 février 2008 du Dr F.\_\_\_\_\_, retenant une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission incomplète, puis une incapacité de travail de 100% depuis le 7 octobre 2002. Il a notamment constaté une humeur déprimée, des idées noires, un état irritable et anxieux ainsi que des problèmes de concentration et de mémoire.

- Un avis médical SMR du 10 décembre 2008 du Dr D.\_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH, se référant aux conclusions de l'expertise du 19 novembre 2008 de la Dresse X.\_\_\_\_\_ et retenant l'absence d'aggravation au plan psychiatrique depuis janvier 2006.

- Un avis médical SMR du 30 juillet 2009 du Dr D.\_\_\_\_\_, relevant qu'on pouvait admettre une incapacité de travail totale de 6 semaines dès le 10 janvier 2007, date de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse au fémur de la cuisse D (extraction de clou Gamma).

- Un rapport du 24 août 2009 du Dr F.\_\_\_\_\_, confirmant le diagnostic d'épisode dépressif moyen en rémission incomplète, compte tenu de 8/10 symptômes de la lignée dépressive, et infirmant celui de trouble douloureux somatoforme persistant. Ce médecin a également relevé la présence de troubles de la mémoire et de la concentration, puis suggéré un complément d'investigation au sujet des troubles cognitifs.

- Un rapport du 4 novembre 2009 des Drs D.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, se référant aux avis des Drs J.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, puis écartant celui du Dr F.\_\_\_\_\_, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de modifier les conclusions du SMR quant à l'exigibilité médicale et aux limitations fonctionnelles, ni de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

### **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 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le

recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le présent litige porte sur le montant du droit à une rente d'invalidité de la CNA en faveur du recourant, suite à l'accident du 7 octobre 2002.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

A teneur de 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TF I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

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

références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TF I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1; TF 9C\_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3; TF 8C\_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3; TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4; TF 8C\_183/2007 du 19 juin 2008 consid. 3).

**c)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1).

Le premier mode d'évaluation se fonde donc sur les statistiques officielles de la Confédération qui publie, depuis 1994, une enquête sur la structure des salaires en Suisse (ESS). La seconde méthode d'évaluation du revenu d'invalide repose sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT), tirées d'une vaste base de données établie par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents. Dans ce cas, pour que le revenu d'invalide corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre eux (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2; TF 8C\_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2; TF 8C\_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2).

S'agissant de la condition selon laquelle l'activité exercée doit mettre pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, il convient de rappeler que l'obligation de limiter le préjudice subi, qui est un principe général du droit des assurances sociales, contraint l'assuré à mettre en oeuvre tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son accident, fût-ce au prix d'un effort important, avant de solliciter des prestations (ATF 123 V 86 consid. 4c; 113 V 22 consid. 4a; TF 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.2.2; TF 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.1).

**4.** Dans le cas présent, l'assuré a été victime d'un accident le 7 octobre 2002, ayant occasionné une fracture comminutive à deux fragments intermédiaires du fémur droit et une fracture du cubitus gauche médio-diaphysaire.

**a)** Sur le plan somatique, l'assuré a fait l'objet de plusieurs opérations et a consulté de nombreux médecins, en particulier les Drs R.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, et a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, d'abord par le Dr L.\_\_\_\_\_ puis à quatre reprises par le Dr W.\_\_\_\_\_. Les médecins s'accordent à reconnaître que les fractures de l'assuré sont à présent consolidées mais qu'il présente d'importantes douleurs, localisées essentiellement au bras gauche, au membre inférieur droit et au dos, ainsi que des difficultés à la marche. Dans son rapport d'examen médical final du 14 octobre 2009, le Dr W.\_\_\_\_\_ a relevé des douleurs inguinales droites au membre inférieur droit, au bas du dos et au thorax, les douleurs se manifestant dorénavant également au repos. Objectivement, il a constaté une mobilité complète de la hanche droite, une musculature totalement récupérée, une inégalité des membres inférieurs et une main gauche fonctionnelle. Malgré une évolution difficile, il a retenu que le patient était bien remis et qu'il pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée. Le 30 juillet 2004, alors que l'état de santé de l'intéressé n'avait pas encore été stabilisé en raison d'autres opérations, ce médecin avait retenu, d'un point de vue somatique, une

pleine capacité de travail dans une activité légère, ne nécessitant pas de déambulations et autorisant des positions alternées.

Le Dr W.\_\_\_\_\_ a procédé à une évaluation complète de l'état de santé de l'assuré, en tenant compte de l'évolution du cas et des différentes opérations effectuées, compte tenu de l'avis des autres médecins et des autres pièces médicales versées au dossier, de sorte qu'on ne voit pas de raison de s'écarter de son appréciation. Le recourant s'appuie principalement sur l'appréciation du Dr V.\_\_\_\_\_ - qui a retenu, dans son rapport du 14 mars 2007, une capacité orthopédique théorique de 50% dans un travail léger avec alternance de positions et sans exposition à des intempéries - dont les conclusions et motivations paraissent cependant moins fouillées que celles du médecin d'arrondissement et dont l'avis, en tant que médecin traitant de l'assuré, doit être apprécié avec les réserves d'usage. Du reste, dans son rapport du 25 août 2009, donc rendu postérieurement à celui du 14 mars 2007 précité, le Dr V.\_\_\_\_\_ a constaté un patient en bon état général puis relevé une "excellente musculature" et une consolidation de toutes les fractures, ce qui ne peut qu'indiquer une amélioration de l'état de santé de son patient; il ne s'est par ailleurs pas prononcé au sujet de la capacité de travail. Le recourant se prévaut en outre des conclusions du Dr L.\_\_\_\_\_; or ce médecin de la CNA a examiné l'assuré le 10 mars 2004, soit avant d'autres opérations subies par l'assuré, de sorte qu'à cette époque l'état de santé n'était pas encore stabilisé. Le Dr W.\_\_\_\_\_, qui s'est prononcé à quatre reprises après l'examen de son collègue de la CNA, a au contraire suivi toute l'évolution, de sorte que son avis reflète la situation actuelle de l'intéressé.

Les rapports du Dr W.\_\_\_\_\_ se fondent au demeurant sur une anamnèse complète, des examens approfondis sur le plan rhumatologique, la prise en compte des plaintes subjectives et procèdent d'une étude approfondie du cas puis comportent des conclusions convaincantes et dûment étayées, de sorte qu'ils répondent aux critères permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante. On retiendra

donc, avec ce médecin, que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé sur le plan physique.

**b)** L'assuré a également présenté des troubles psychiques à la suite de son accident. De janvier à juin 2005, il a bénéficié de séances de psychothérapie auprès de [...], qui a signalé un état de stress post-traumatique et un trouble anxio-dépressif. Dans son expertise psychiatrique du 14 janvier 2006 mise en œuvre pour la CNA, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, de dysthymie et de trouble douloureux somatoforme persistant. Elle a notamment constaté une irritabilité, un sentiment d'inutilité, une difficulté à se projeter dans l'avenir et des cauchemars récurrents avec flash-back liés à la guerre en Bosnie et à l'accident de 2002; elle a également signalé une sociabilité élargie et un traitement médicamenteux adéquat. Elle a retenu une capacité de travail de 70% dans une activité simple, sans diminution de rendement.

Sur le plan neuropsychologique, dans un rapport d'examen du 12 novembre 2008, G.\_\_\_\_\_ a constaté des troubles mnésiques sévères en modalité verbale et en mémoire, un dysfonctionnement exécutif sévère, un fléchissement sévère du raisonnement logique et des troubles attentionnels sévères. Elle a retenu que la sévérité des déficits était inhabituelle suite à un traumatisme crânien, un syndrome douloureux chronique ou un état de stress post-traumatique et que la capacité de travail était nulle, même dans un emploi non qualifié.

Dans son expertise psychiatrique du 19 novembre 2008 mise en œuvre pour l'OAI, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, de modification durable de la personnalité après expériences de catastrophes et de dysthymie. Elle a constaté une humeur dépressive, une diminution de la confiance en soi, des troubles du sommeil, une vision négative des perspectives d'avenir et des ruminations, précisant ne pas retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission. Elle s'est écartée des

constatations neuropsychologiques, aucun ralentissement psychomoteur n'étant notamment mis en évidence. Elle a également retenu une affection corporelle chronique sur le plan orthopédique, un état psychique paraissant cristallisé, un traitement médicamenteux adéquat, une intégration sociale maintenue et une situation chronicisée. Globalement, elle a retenu un examen clinique superposable à celui effectué en janvier 2006 et a retenu une diminution de 30% de la capacité de travail, sans diminution de rendement, en raison des limitations suivantes: seuil douloureux abaissé, irritabilité en fonction des circonstances, diminution de la résistance au stress, capacités d'adaptation et d'apprentissage réduites et difficultés à accepter ses limites physiques.

Le recourant conteste disposer d'une capacité de travail de 70% sur le plan psychique et se prévaut de l'avis du Dr F.\_\_\_\_\_, lequel, dans ses lignes du 13 juin 2006, a émis des doutes quant au taux de capacité de travail de 70% retenu par l'expert sur le plan psychique et a relevé que l'accident de 2002 avait probablement réactivé des traumatismes qui étaient jusqu'alors contenus. Ce médecin se fonde cependant sur les mêmes constatations que celles de sa consœur, se base sur une motivation limitée - en comparaison avec les expertises figurant au dossier - et, en tant qu'il s'agit du médecin traitant de l'assuré, son avis doit être apprécié avec les réserves d'usage, ce d'autant plus si on le compare avec celui de l'expert. La Dresse X.\_\_\_\_\_ s'est du reste basée sur les constatations médicales objectives du Dr F.\_\_\_\_\_. Au demeurant, les explications de l'expert permettent de retenir que les troubles cognitifs signalés par le Dr F.\_\_\_\_\_ (dans son rapport du 24 août 2009, rendu postérieurement à l'expertise) ne sont pas présents et qu'un complément d'investigation sur ce point n'est pas nécessaire.

Dans ses expertises, la Dresse X.\_\_\_\_\_ s'est au demeurant fondée sur une anamnèse complète, des examens sur le plan psychique et les plaintes de l'assuré, avant de retenir une appréciation médicale claire (notamment sur la base des outils diagnostiques de la CIM-10) et des conclusions dûment étayées. Ses expertises répondent donc aux critères permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante. On retiendra

donc avec l'expert psychiatre, dont les conclusions ont été reprises par la CNA, que le recourant présente une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée sur le plan psychique.

**c)** On ajoutera que l'appréciation médicale de la CNA est partagée par celle de l'OAI, ce qui ne peut qu'en renforcer la pertinence. En effet, dans leur rapport SMR du 4 novembre 2009, les Drs D.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ se sont référés à l'avis de la Dresse X.\_\_\_\_\_ et se sont écartés de l'avis du Dr F.\_\_\_\_\_, avant de retenir une capacité de travail exigible de 70%. Le SMR a en outre tenu compte de la position de la CNA sur le plan somatique, en particulier des avis médicaux du Dr W.\_\_\_\_\_.

**5. a)** Au plan économique, cinq descriptions de postes de travail (DPT) auprès d'entreprises dans le canton de Vaud pour des activités manuelles, correspondant au handicap de l'assuré, ont été versées au dossier. Le recourant ne conteste pas l'adéquation de ces DPT avec les limitations fonctionnelles découlant de son état de santé; il remet en cause en revanche le choix - selon lui arbitraire - de ces DPT et le salaire moyen de 53'759 fr. en résultant, pour un taux de 100%.

Les DPT retenues par la CNA (n. 8460, 1138, 2259, 362411 et 5202), se rapportant à des activités de fabricant d'instruments de mesure, de collaborateur de production (dans trois entreprises différentes) et de praticien en logistique correspondent aux limitations fonctionnelles de l'assuré, dans la mesure où il s'agit d'activités légères, et lui sont directement accessibles. Selon ces DPT, les entreprises contactées ont indiqué à chaque fois un salaire minimal et un salaire maximal (en tenant compte du 13<sup>ème</sup> salaire et le cas échéant d'autres indemnités). Dans un document de synthèse daté du 21 octobre 2009, la CNA en a déduit, pour chaque DPT, un salaire moyen puis, sur la base de la moyenne de chacun de ces cinq salaires moyens, un salaire moyen global de 53'759 fr.

**b)** Selon la jurisprudence, l'arbitraire, prohibé par l'art. 9 Cst. [Constitution fédérale du 18 avril 1999; RS 101], ne résulte pas du seul fait qu'une autre solution pourrait entrer en considération ou même qu'elle

serait préférable; le Tribunal fédéral n'annulera la décision attaquée que lorsque celle-ci est manifestement insoutenable, qu'elle se trouve en contradiction claire avec la situation de fait, qu'elle viole gravement une norme ou un principe juridique indiscuté, ou encore lorsqu'elle heurte de manière choquante le sentiment de la justice et de l'équité; pour qu'une décision soit annulée pour cause d'arbitraire, il ne suffit pas que la motivation formulée soit insoutenable, il faut encore que la décision apparaisse arbitraire dans son résultat (ATF 129 I 8 consid. 2.1; 127 I 54 consid. 2b; 126 I 168 consid. 3a). Cette jurisprudence est précisément applicable s'agissant du choix des DPT pour fixer le revenu d'invalidé (TF U 432/06 du 4 octobre 2007 consid. 4.2.2).

En l'occurrence, les allégations du recourant ne font pas apparaître ces conditions comme réalisées dans le cas présent. Le grief de violation de l'interdiction de l'arbitraire se révèle ainsi mal fondé. Dès lors, le choix des DPT et le calcul effectué par la CNA pour en extraire un salaire moyen global de 53'759 fr. ne prête pas flanc à la critique et peut donc être retenu.

**c)** Compte tenu d'une capacité de travail de 70% sans limitation de rendement retenue sur le plan médical, le revenu d'invalidé s'élève à 3'136 fr. par mois. En comparaison avec un revenu sans invalidité de 5'120 fr. réalisable sans accident (non contesté et correspondant aux pièces versées au dossier), le degré d'invalidité s'élève à 39%. On ajoutera que la prise en compte d'un revenu d'invalidé déterminé non pas selon les DPT mais selon les statistiques de l'ESS aurait été moins favorable à l'assuré, comme la CNA l'a indiqué dans la décision attaquée. Il s'ensuit que le recourant, conformément à cette décision, a droit à une rente d'invalidité de 39% à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010.

**6. a)** Pour le surplus, les autres arguments du recourant ne permettent pas de modifier l'issue de ce qui précède. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. La caisse intimée obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel mais agissant comme autorité chargée de tâches de droit public, elle ne peut se voir allouer des dépens à la charge du recourant. Vu l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a pour sa part pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

**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 25 mars 2010 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains (pour Z.\_\_\_\_\_)
- Me Didier Elsig, avocat à Lausanne (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents)
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :