

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mars 2011

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM Pittet et Perdrix, assesseurs
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

C. _____, à Gingins, recourant, représenté par Me Renaud Lattion, avocat
à Yverdon-les-Bains

et

S. _____, à Avry-Fribourg, intimée

Art. 7, 8 al. 1, 16 LPGA; 6 al. 1 et 18 LAA

E n f a i t :

A. a) C._____ (ci-après : l'assuré), né le 2 janvier 1969, travaillait comme aide de cuisine auprès de l'Hôtel W._____, à [...], et était à ce titre assuré contre les accidents selon la LAA auprès de B._____ Caisse maladie, à [...] (ci-après : B._____), lorsqu'il a été victime le 16 mai 2001 d'un accident de la circulation.

b) Selon le rapport de police du 23 mai 2001 relatif à cet accident, l'assuré était assis sur le siège passager d'un véhicule Honda Civic CRX deux places dans lequel avaient pris place trois personnes, le deuxième passager étant assis sur la console centrale, les jambes à droite de celle-ci. La conductrice, qui conduisait sous l'emprise de l'alcool, ayant perdu la maîtrise de son véhicule dans un virage en raison d'une vitesse inadaptée (nettement supérieure aux 50 km/h autorisés), le véhicule a dévié à gauche et a heurté violemment par l'avant celui d'un véhicule qui circulait normalement en sens inverse. L'assuré, qui n'était pas attaché, voulant protéger sa tête, a levé la main droite en direction de la vitre. Polytraumatisé, il a été transporté d'urgence à l'Hôpital de [...], où ont été faites les constatations suivantes:

- fracture-luxation ouverte stade III, bimalléolaire, comminutive de la cheville gauche ;
- plaie de la face externe du genou droit ;
- plaie du poignet droit avec section subtotale du nerf médian et section des tendons FCR et des fléchisseurs profonds de D1 et D2 ;
- multiples contusions et éraflures ;
- fracture de 2 prémolaires gauches.

c) L'assuré a été opéré en urgence de la cheville gauche, du genou droit et du poignet droit. Il a été transféré le 11 juin 2001 en rééducation à l'Hôpital de [...], où il est resté jusqu'à la fin du mois de juillet 2001.

Lors d'une consultation du 13 juillet 2001, la Dresse D._____, spécialiste FMH en chirurgie de la main à la Permanence de Longeraie à Lausanne, a constaté un Tinel au-dessus du nerf médian, une sensibilité à effleurement de la pulpe du pouce jusqu'à hauteur du D1-D2 et une sensibilité normale de la pulpe de D3 ; une rééducation active et passive a été prescrite.

Le 7 août 2001, la Dresse D._____ a considéré que l'évolution de la main droite était favorable, avec récupération d'une sensibilité à l'attouchement dans le territoire du nerf médian, mais persistance d'une raideur digitale avec une distale pulpe-paume de 4/5 cm.

d) Par décision du 9 août 2001, B._____ a réduit de 20%, en application de l'art. 37 al. 2 LAA, les indemnités journalières dues à l'assuré, du fait que celui-ci n'était pas attaché et que la conductrice du véhicule était sous l'emprise de l'alcool le jour de l'accident. En raison de la tardiveté de l'opposition formée en 2003 seulement par l'assuré contre cette décision, celle-ci est entrée en force (cf. décision sur opposition d'B._____ du 16 avril 2004).

e) L'assuré a séjourné dans le service de réadaptation générale de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) du 23 janvier au 13 février 2002. L'ergothérapie n'a pas permis de progression, et des douleurs, ainsi qu'une limitation fonctionnelle de la main droite et de la cheville gauche, ont été constatées.

Le 31 janvier 2002, un examen neurologique avec ENMG a été fait par le Dr F._____ à [...] et la poursuite de la rééducation a été conseillée. Le 13 mars 2002, le Dr N._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a signalé la persistance d'une limitation fonctionnelle de la main droite et de la cheville gauche ; le traitement et l'arrêt de travail se poursuivaient.

f) Le 19 mars 2002, l'assuré a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) une demande de prestations AI pour adultes, tendant à une orientation professionnelle et au reclassement dans une nouvelle profession.

Le 28 juin 2002, la Dresse D. _____ a noté la persistance de dysesthésies dans le territoire du nerf médian et d'une limitation fonctionnelle de l'index, mais a estimé qu'une capacité de travail de 50% était exigible dès le 1^{er} juillet 2002.

Le 4 octobre 2002, le Dr N. _____ a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la cheville gauche à l'Hôpital de [...]. Le 6 mars 2003, l'assuré a consulté le Dr N. _____ en raison d'une recrudescence des douleurs de la cheville gauche, attribuée à une arthrose post-traumatique.

g) A la demande du médecin-conseil d'B. _____, l'assuré a été examiné le 27 mars 2003 par le Dr P. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport d'expertise du 7 avril 2003, ce spécialiste a estimé que la capacité résiduelle de travail de l'assuré était définitivement nulle dans l'activité d'aide cuisinier, mais qu'elle serait de 100% dans une activité professionnelle semi-assise, sans effort de manutention de la main droite, telle que surveillant dans une centrale de surveillance, où l'activité se limiterait à regarder des écrans de télévision et à utiliser le téléphone.

Dans un rapport médical du 15 juillet 2003, la Dresse D. _____ a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 50% et ce de manière définitive en ce qui concernait sa main droite.

h) Par décision du 24 juillet 2003, B. _____ a mis fin aux prestations LAA de courte durée (frais médicaux et indemnités journalières, art. 10 à 17 LAA) au 31 août 2003, au motif qu'il ressortait du rapport d'expertise du Dr P. _____ du 7 avril 2003 (cf. lettre A.g supra) qu'il n'y avait plus aucune mesure médicale susceptible d'améliorer l'état

de santé de l'assuré. Elle a informé ce dernier qu'en vertu de l'art. 70 al. 2 LAA, seul l'assureur chargé des prestations de longue durée était compétent pour se déterminer sur l'éventuel droit, le calcul et le versement de telles prestations (indemnité pour atteinte à l'intégrité et rente LAA) et qu'il s'agissait de S._____, qui l'orienterait sur son droit aux prestations par le biais d'une décision.

B. **a)** Par courrier du 19 septembre 2003, S._____ a informé l'assuré, dans le cadre de son droit d'être entendu et en lui impartissant un délai au 30 septembre 2003 pour faire part de ses remarques et commentaires avant qu'une décision formelle ne fût rendue, de son intention de lui allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 ss LAA) fondée sur un taux total d'atteinte à l'intégrité de 55%, ainsi qu'une rente transitoire (art. 30 OLAA), afin de permettre une prise de position de l'OAI sur une éventuelle reconversion professionnelle (cf. lettre A.f supra).

b) Par décision du 6 octobre 2003, S._____, confirmant son projet de décision du 19 septembre 2003 (cf. lettre B.a supra), a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 58'740 fr. ainsi qu'une rente transitoire, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, de 25'024 fr. par année dès le 1^{er} septembre 2003.

c) Le 10 février 2004, l'assuré a annoncé à B._____ une rechute, due aux suites de l'accident du 16 mai 2001.

 Le 27 juillet 2004, au vu des divers rapports médicaux requis notamment du Dr N._____, B._____ a informé l'assuré que le traitement réalisé auprès de ce médecin n'était pas en relation avec l'accident assuré, de sorte que l'annonce de rechute ne pouvait être considérée comme telle et que toutes prestations en découlant devaient être refusées.

d) Par courrier 6 octobre 2004, S._____ - se référant au courrier d'B._____ du 27 juillet 2004 (cf. lettre B.c supra) et constatant

d'une part qu'il n'existait aucun élément nouveau concernant une péjoration de l'état de santé de l'assuré et d'autre part qu'en mettant à profit la pleine capacité de travail qui lui était reconnue par le Dr P._____ dans une activité adaptée, l'assuré pourrait réaliser un revenu supérieur à celui obtenu antérieurement à l'accident - a informé l'assuré qu'elle avait procédé à l'annulation au 1^{er} octobre 2004 de la rente transitoire qui lui avait été versée jusque-là.

e) Dans un rapport médical du 4 novembre 2004 adressé à l'OAI, la Dresse D._____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré dans son ancienne activité, en raison de l'impossibilité de travailler avec sa seule main gauche, et d'une incapacité de travail définitive de 50% dans une activité adaptée, dès le 1^{er} juillet 2002.

Dans un rapport d'examen SMR du 17 janvier 2005, le Dr T._____ a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans son ancienne activité et de 50% dans une activité adaptée dès le 1^{er} juillet 2002. Il a exposé ce qui suit :

« Assuré de 35 ans, aide de cuisine, droitier, requérant d'asile algérien, qui a été victime d'un accident de la route comme passager le 16.05.2001. Il a subi une lésion du poignet droit avec section du nerf médian et de plusieurs tendons fléchisseurs et une fracture-luxation bimalléolaire gauche. Dans l'évolution, la récupération de la fonction de la main droite est très incomplète et des douleurs neurogènes persistent. Concernant la cheville gauche, l'assuré développe une arthrose post-traumatique et pourrait ultérieurement nécessiter une arthrodèse. Le cumul des limitations fonctionnelles du membre supérieur droit et du membre inférieur gauche ne permet qu'une exigibilité de 50% dans une activité adaptée, dans un premier temps, à réévaluer à la hausse après une année. L'estimation d'une CT de 100% dans une activité adaptée faite par le Dr P._____ est moins réaliste que l'estimation d'une CT de 50% avancée par le Dr D._____ et que j'ai retenue. En effet le Dr D._____ tient compte du fait que les douleurs neurogènes sont susceptibles d'interférer avec la capacité de travail et d'être aggravées par ce dernier. Il est donc raisonnable de n'exiger qu'un 50% initialement et de réviser en janvier 2006. »

f) Du 15 août 2005 au 9 septembre 2005, l'assuré a suivi un stage d'observation professionnelle, sous l'égide de l'OAI, auprès du Centre Oriph-COPAI d'Yverdon-les-Bains. Dans son rapport du 22 septembre 2005, ce Centre est parvenu à la conclusion qu'il n'y avait pas

de raisons de s'écarter des conclusions du SMR qui préconisait une exigibilité de 50% concernant des activités adaptées pour un monomanuel et ceci toute la journée. Il a précisé que les rendements symboliques observés pendant le stage (24% dans des activités adaptées) étaient fortement influencés par des facteurs extérieurs aux atteintes à la santé (précarité de la situation en Suisse en tant que réfugié, manque de motivation, peur des machines, état de fatigue qui entraînait des endormissements). A ce rapport était joint le rapport établi le 12 septembre 2005 par le Dr J._____, médecin-conseil du Centre Orph-COPAI, qui concluait que l'assuré gardait une capacité de travail de 50% dans un plein temps pour des travaux simples, possibles de la main gauche uniquement, non exposés au froid et aux vibrations, en position assise et sans responsabilité, tels que du conditionnement, du montage simple ou du montage à l'établi.

g) Au vu de ces nouveaux éléments, S._____ a requis de nouvelles déterminations de la part du Dr P._____, dont le rapport d'expertise du 7 avril 2003 mentionnait une pleine capacité de travail (cf. lettre A.g supra).

Dans sa réponse du 9 décembre 2005, le Dr P._____ a indiqué que, reprenant l'ensemble du dossier à disposition, il n'avait pas l'impression que la situation était significativement différente de celle constatée en 2003, hormis l'intervention de troubles psycho-sociaux jouant un rôle défavorable dans la capacité de travail et le choix des postes de travail adaptés. Selon ce praticien, un travail simple, purement monomanuel gauche, en position semi-assise, devrait être exigible à plus de 50%, voire même à plein temps s'il n'y avait pas cette composante défavorable non somatique, dont l'importance et le lien de causalité naturelle avec l'accident dépassait l'évaluation purement orthopédique.

h) Par décision du 23 décembre 2005, S._____, se référant au rapport du Dr P._____ du 9 décembre 2005 dans lequel ce praticien confirmait son appréciation précédente (cf. lettre B.g supra), a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré.

L'assuré a formé opposition contre cette décision par acte du 2 février 2006, en faisant principalement valoir que l'avis du Dr P. _____ admettant une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée était isolé et contredit par les autres avis médicaux au dossier.

i) Par décision du 12 juillet 2007, entrée en force, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai au 30 septembre 2002, puis à une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2002, avec la motivation suivante :

« Depuis le 16 mai 2001 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

- En date du 19 mars 2002, vous avez déposé une demande de prestations. Vous avez travaillé comme aide de cuisine mais cette activité est devenue contre-indiquée en raison de votre état de santé. Des pièces médicales en notre possession, il ressort que votre capacité de travail est de 50% dans une activité adaptée à votre état de santé soit dans une activité qui ne comporte pas d'efforts de manutention de la main droite, les activités bimanuelles et les positions debout prolongées.

- En ce qui concerne la période précédent juillet 2002, nous avons admis que votre capacité de travail et de gain est nulle dans toute activité professionnelle.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidité (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2002 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4'557.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA1 niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'750.67 (CHF 4'557.00 x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 57'008.07.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 28'504.03 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles et de votre permis de séjour, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 25'653.63.

• Sans atteinte à la santé, vous pourriez prétendre à un revenu annuel de Fr. 57'008.07.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité	CHF	57'008.07			
avec invalidité	CHF	25'653.63			
La perte de gain s'élève à	CHF	31'354.44	=	un	degré
d'invalidité de 55.00% »					

j) Le 10 mars 2010, l'assuré, par son conseil, a prié S. _____ de bien vouloir traiter son opposition, notamment à la lumière de la décision AI intervenue.

Le 10 mai 2010, S. _____ a demandé à l'assuré, par son conseil, de lui faire parvenir des documents attestant de sa situation privée et professionnelle concrète, qui étaient nécessaires au traitement de l'opposition.

Le 21 mai 2010, l'assuré, par son conseil, a transmis à S. _____ les documents suivants :

- copie de l'acte de naissance ;
- accord de collaboration avec le CHUV du 14 mai 2008 ;
- contrat avec la Clinique de la X. _____ du 4 juin 2009 ;
- contrat avec la Clinique de la X. _____ du 20 septembre 2009 ;

- décomptes de salaire de la Clinique de la X. _____ du 1^{er} juin 2009 au 30 avril 2010 (12 pages) ;
- dossier RI, décomptes de juillet 2006 à mai 2010 (9 pages) ;
- attestation d'établissement de la Commune de Gingins du 17 mai 2010 ;
- attestation de l'Association des services bénévoles vaudois du 9 juin 2009.

k) Par décision sur opposition du 16 juin 2010, S. _____ a confirmé sa décision de refus de rente du 23 décembre 2005 (cf. lettre B.h supra), avec la motivation suivante :

« Un stage d'observation professionnelle a été réalisé au COPAI à Yverdon-les-Bains pour le compte de l'AI. Après réception des conclusions du Dr. J. _____, médecin conseil de l'ORIPH, nous avons soumis à nouveau le dossier complet au Dr. P. _____ pour son appréciation. Celui-ci, dans son rapport du 9 décembre 2005, nous informe que, reprenant l'entier du dossier à disposition, il n'y a aucune indication que la situation soit significativement différente de celle présentée en 2003, hormis l'intervention de troubles psycho-sociaux jouant un rôle défavorable dans la capacité de travail et le choix des postes de travail adaptés.

[La personne assurée] doit entreprendre tout ce qu'on est en droit d'attendre d'elle pour atténuer les effets de l'atteinte à sa santé. Si elle ne met pas pleinement à profit sa capacité de gain résiduelle, alors qu'elle serait à même de le faire au vu d'un marché du travail équilibré et, le cas échéant, après une période d'adaptation, le taux d'incapacité de gain sera déterminé en fonction de l'activité professionnelle qu'elle pourrait exercer en faisant preuve de bonne volonté. Le défaut de volonté qui résulte d'une anomalie caractérielle n'est pas pris en compte dans l'assurance accidents, mais seulement dans l'assurance maladie, s'il révèle une atteinte malade à la santé mentale.

Force nous est de constater qu'avec une certaine volonté, M. C. _____ trouve des activités et qu'il peut les réaliser. En effet, selon les documents remis par vos soins, il s'avère qu'il travaille comme chauffeur auprès de la Clinique X. _____ et qu'il s'est engagé de manière bénévole auprès du service de dialyse du CHUV pour jouer à des jeux de société, rendre service et tenir compagnie. Par ailleurs, il apparaît que M. C. _____ est un membre actif de l'association des services bénévoles vaudois en tant que transporteur et visiteur. Toutes ces activités sont compatibles et exigibles avec son état de santé, comme l'a d'ailleurs relevé le Dr. P. _____. Une activité professionnelle telle que surveillant dans une centrale d'alarme où l'activité se limite à regarder des écrans de télévision et à utiliser le téléphone est totalement adaptée. Par ailleurs, nous relevons que le séjour à l'Oriph a démontré que M. C. _____ serait apte à travailler comme réceptionniste ou dans un

kiosque. Il a même exprimé un grand intérêt pour cette dernière activité.

Il convient encore de préciser que, contrairement à l'AI, la Loi sur l'Assurance Accidents (LAA) ne prend en considération que les atteintes à la santé constatées en causalité directe avec l'accident, ceci contrairement à l'Assurance invalidité (AI). A ce propos, nous nous permettons de mettre en exergue des aspects caractériels et comportementaux qui ont été constatés et notifiés par les Maîtres socioprofessionnels AI lors du séjour à l'Oriph (points 4.3, 5, 6.3, 6.4, 6.5 du rapport de l'Oriph du 22 septembre 2005). Dans ces conditions, nous ne sommes absolument pas liés à la décision AI notifiée le 12 juillet 2007, qui a pris en considération des aspects et des éléments qui ne sont pas en relation avec l'accident du 16 mai 2001.

Au vu de ce qui précède, nous confirmons que M. C. _____ n'a pas le droit à une rente d'invalidité selon les articles 18 ss LAA, art. 8 LPGA et 28 ss OLAA. »

C. a) L'assuré, représenté par l'avocat Renaud Lattion, a recouru contre cette décision sur opposition par acte du 16 juillet 2010, en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une incapacité de gain d'au moins 50% est admise, le dossier étant au surplus renvoyé à l'autorité intimée pour calculer les prestations dues, et subsidiairement à l'annulation de cette décision, la cause étant renvoyée à l'autorité qui a statué pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

A l'appui de son recours, le recourant fait d'abord valoir qu'indépendamment de la discussion au fond, le comportement de l'intimée, qui n'a rendu sa décision que le 23 décembre 2005, soit plus de quatre ans après l'accident du 16 mai 2001, et a de nouveau mis plus de quatre ans à statuer sur l'opposition du recourant à cette décision, n'est pas correct. S'agissant de ses activités bénévoles, le recourant soutient que celles-ci n'entraînent pas une capacité à exercer une activité lucrative et qu'elles entrent de toute manière dans les 50% de capacité de travail retenus par l'OAI. Quant à l'avis du Dr P. _____, seul avis médical sur lequel se fonde l'intimée pour retenir une capacité de travail de 100%, il est contredit par tous les éléments du dossier. S'agissant des troubles psycho-sociaux invoqués par le Dr P. _____ et dont l'intimée considère qu'ils sont confirmés par le rapport de l'Oriph-COPAI du 22 septembre

2005, le recourant relève qu'en retenant une capacité de travail de 50% quand bien même les rendements observés ont été de 24% dans des activités adaptées, l'Oriph-COPAI a manifestement écarté de son appréciation les facteurs extérieurs aux atteintes à la santé. Le recourant maintient donc les conclusions de son opposition du 2 février 2006 tendant à l'octroi d'une rente fondée sur un degré d'invalidité d'au moins 50%.

b) Dans sa réponse du 4 novembre 2010, l'intimée conclut avec suite de frais et dépens au rejet du recours. Elle fait tout d'abord valoir que le reproche que lui fait le recourant d'avoir tardé à rendre une décision puis une décision sur opposition est infondé et ne saurait au surplus fonder un quelconque droit de la part du recourant. S'agissant des activités bénévoles du recourant, l'intimée admet qu'il existe certes une différence entre le monde du travail et le monde du bénévolat, notamment quant aux exigences de rendement, mais que par son comportement, le recourant démontre qu'il est capable de conduire un véhicule ou de jouer à des jeux avec des personnes âgées (ce qui exige de la concentration), d'accompagner et d'écouter des personnes âgées (ce qui exige de la patience). Ainsi, le fait que le recourant exerce des activités bénévoles, quand bien même celles-ci ne lui rapportent à l'évidence aucun revenu, démontre qu'il serait parfaitement capable d'exercer les métiers mis en exergue par l'expert (surveillant de centrale d'alarme, téléphoniste, etc). L'intimée relève ensuite que selon les constatations initiales du Dr P._____, une activité adaptée à 100% est exigible du recourant. Or comme une activité adaptée, telle que la surveillance de centrales d'alarme, est davantage rémunératrice que la profession d'aide cuisinier exercée par le recourant préalablement à son accident, le recourant ne subit pas de perte financière du fait de l'accident et n'a donc pas droit à une rente d'invalidité de la part de l'intimée. L'intimée soutient enfin que si l'on devait retenir une incapacité partielle de travail - qui est contestée -, celle-ci devrait être imputée à d'autres facteurs, qui sont sans lien avec l'accident. Dans la mesure où il n'y a pas de lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et une éventuelle démotivation ou dépression actuelle, l'intimée estime pouvoir à

juste titre partir d'une capacité de travail à 100% après l'accident, et cela même si l'OAI a décidé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité pour des causes étrangères à l'accident. L'intimée considère ainsi en définitive que même si la base du calcul du taux d'invalidité est semblable dans les deux assurances, on ne saurait tirer argument de la décision de l'OAI pour en inférer que l'assureur-accidents serait tenu de verser des prestations.

c) Dans sa réplique du 3 janvier 2011, le recourant maintient que son état de santé actuel est dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident de 2001 et qu'il en résulte une incapacité de travail qui a été reconnue par tous les autres praticiens, notamment les Drs D._____, J._____ et N._____, ainsi que par l'OAI. Selon le recourant, on ne pourrait en aucun cas déduire du rapport du Dr P._____ l'exigibilité d'une pleine capacité de gain. L'influence de troubles psychosociaux doit être considérée comme marginale et sans incidence sur la capacité de travail. Compte tenu des séquelles de l'accident, les praticiens estiment que l'on ne saurait exiger plus qu'une activité à 50%. S'agissant du revenu sans invalidité, il y aurait lieu de considérer que, quand bien même il travaillait à l'époque de l'accident comme aide cuisinier, il aurait pu à terme gagner au moins autant que dans les métiers de surveillance. D'ailleurs, l'OAI a retenu une perte de gain de 31'354 fr. 44 par an sur un revenu sans invalidité de 57'008 fr. 07. Pour le cas où le tribunal devrait ne pas considérer qu'il y a une incapacité médicale d'au moins 50%, le recourant requiert subsidiairement une expertise médicale.

Dans le délai qui lui a été accordé pour produire des documents médicaux en complément à sa réplique, le recourant a produit le 27 janvier 2011 un rapport médical établi le 11 octobre 2010 par la Dresse D._____ à l'attention de l'OAI, attestant de la persistance d'une incapacité de travail de 50%, ainsi qu'une communication de l'OAI du 4 janvier 2011 informant l'assuré qu'en l'absence de modification de son degré d'invalidité, il continuait de bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour, sur la base d'un degré d'invalidité de 55%.

d) Le 7 février 2011, le juge instructeur a informé les parties que, la cause apparaissant suffisamment instruite sur le plan médical, la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire était rejetée ; l'instruction apparaissant complète, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger et qu'un arrêt serait rendu par voie de circulation dans le courant du premier semestre 2011.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr.

2. a) En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assureur-accidents ne répond que des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité non seulement naturelle mais encore adéquate avec un événement assuré ou une maladie professionnelle (ATF 119 V 335, consid. 1; 118 V 286, consid. 1b).

En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme.

b) Selon l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour l'évaluation du taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGGA auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA; TF 8C_499/2009 du 16 octobre 2009, consid. 2.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit*, 2^e éd. 2007, n. 165 p. 898).

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; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 165 p. 898-899). Lorsque l'assuré ne met pas, ou pas pleinement, à profit sa capacité de travail après l'accident, le revenu d'invalidité – second terme de la comparaison de l'art. 16 LPGA – peut être évalué sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires, qui est publiée sur un rythme bisannuel (ATF 129 V 472, consid. 4.2.1; 126 V 75, consid. 3b/aa; TF 8C_677/2008 du 1^{er} avril 2009, consid. 2.3; 8C_625/2008 du 26 février 2009, consid. 3.2.1; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 171 s. p. 900).

c) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, où elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (cf. art. 7 et 8 LPGA) ; l'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362, consid. 2.2.1 ; 126 V 288, consid. 2a et 2d ; 119 V 471, consid. 4a; VSI 2004 p. 185, consid. 3 ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005, consid. 4). D'un autre côté, une évaluation entérinée par une décision entrée en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur, qui ne peut s'en écarter que s'il existe des motifs suffisants ; peuvent constituer de tels motifs le fait qu'une évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou de mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles, ou encore qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288, consid. 2d ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005, consid. 4). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ;

c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549, consid. 6.2 et 6.4 ; 131 V 362, consid. 2.2.1 et 2.2.2).

3. a) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité LAA dès le 1^{er} septembre 2003, date à partir de laquelle l'intimée lui avait octroyé une rente transitoire, fondée sur un degré d'invalidité de 100% (cf. lettre B.b supra), qu'elle a toutefois annulée au 1^{er} octobre 2004 (cf. lettre B.d supra).

Il ressort du dossier que par décision du 12 juillet 2007, entrée en force, l'OAI a reconnu au recourant le droit à une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 55%, dès le 1^{er} octobre 2002 (cf. lettre B.i supra). Par communication du 4 janvier 2011, l'OAI a informé la recourant qu'en l'absence de modification de son degré d'invalidité - l'état de santé et la capacité de travail demeurant inchangés, comme en atteste un rapport médical établi le 11 octobre 2010 par la Dresse D. _____ à l'attention de l'OAI -, il continuait de bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour, sur la base d'un degré d'invalidité de 55% (cf. lettre C.c supra).

b) Sur le plan médical, l'OAI a retenu dans sa décision du 12 juillet 2007 que le recourant présentait une capacité de travail limitée à 50% dans une activité adaptée à son état de santé, soit dans une activité qui ne comporte pas d'efforts de manutention de la main droite, d'activités bimanuelles et de positions debout prolongées (cf. lettre B.i supra). Cette conclusion repose sur une appréciation circonstanciée de l'ensemble des éléments pertinents figurant à la fois dans le dossier de l'assurance-invalidité et dans le dossier de l'assureur-accidents, qui ne contient pas d'éléments supplémentaires à cet égard.

L'existence d'une capacité de travail limitée à 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant ressort des

différents rapports médicaux de la Dresse D._____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, des 28 juin 2002 (cf. lettre A.f supra), 15 juillet 2003 (cf. lettre A.g supra), 4 novembre 2004 (cf. lettre B.e supra) et 11 octobre 2010 (cf. lettre C.c supra). Elle a été confirmée par le stage d'observation effectué du 15 août au 9 septembre 2005 par le recourant auprès du Centre Oroph-COPAI d'Yverdon-les-Bains, qui est parvenu à la conclusion – ressortant également du rapport établi le 12 septembre 2005 par le Dr J._____, médecin-conseil du Centre Oroph-COPAI – que le recourant gardait une capacité de travail de 50% dans un plein temps pour des travaux simples, possibles de la main gauche uniquement, non exposés au froid et aux vibrations, en position assise et sans responsabilité, tels que du conditionnement, du montage simple ou du montage à l'établi, le rapport du 22 septembre 2005 précisant que les rendements symboliques observés pendant le stage (24% dans des activités adaptées) étaient fortement influencés par des facteurs extérieurs aux atteintes à la santé (cf. lettre B.f supra).

Seul le Dr P._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a examiné le recourant à une seule occasion le 27 mars 2003 à la demande du médecin-conseil d'B._____, a estimé dans un rapport du 7 avril 2003 que la capacité résiduelle de travail du recourant – dont il a convenu qu'elle était définitivement nulle dans l'activité d'aide cuisinier – serait de 100% dans une activité professionnelle semi-assise, sans effort de manutention (cf. lettre A.g supra). Toutefois, comme l'a relevé le Dr T._____ dans son rapport d'examen SMR du 17 janvier 2005, l'estimation d'une capacité de 100% dans une activité adaptée faite par le Dr P._____ est moins réaliste que l'estimation de 50% avancée par le Dr D._____, laquelle tient compte du fait que les douleurs neurogènes sont susceptibles d'interférer avec la capacité de travail et d'être aggravées par l'exercice d'une activité professionnelle (cf. lettre B.e supra). Cette appréciation, formulée avant le stage d'observation au Centre Oroph-COPAI, a été pleinement confirmée par ce dernier.

c) Dans un nouveau rapport du 9 décembre 2005 demandé par l'intimée, le Dr P._____, sans avoir revu le recourant, a indiqué que, reprenant l'ensemble du dossier à disposition, il n'avait pas l'impression que la situation était significativement différente de celle constatée en 2003, hormis l'intervention de troubles psycho-sociaux jouant un rôle défavorable dans la capacité de travail et le choix des postes de travail adaptés. Selon ce praticien, un travail simple, purement monomanuel gauche, en position semi-assise, devrait être exigible à plus de 50%, voire même à plein temps s'il n'y avait pas cette composante défavorable non somatique, dont l'importance et le lien de causalité naturelle avec l'accident dépassait l'évaluation purement orthopédique (cf. lettre B.g supra).

Contrairement à ce qu'estime l'intimée, le rapport du Dr P._____ du 9 décembre 2005 n'apporte aucun élément qui remettrait en cause l'exigibilité de 50% dans une activité adaptée retenue par l'OAI sur la base des éléments rappelés ci-dessus. Dans son rapport du 9 décembre 2005, le Dr P._____ a d'ailleurs, en réalité, modifié son appréciation antérieure d'une exigibilité de 100% dans une activité adaptée, dans la mesure où il estime que l'exigibilité de 50% confirmée par le stage au Centre Oroph-Copai - qu'il ne conteste pas en tant que telle - serait due à l'intervention de facteurs psycho-sociaux dont il n'y aurait pas lieu de tenir compte dans l'appréciation des seules suites de l'accident. Or cet argument tombe à faux. Il ressort en effet clairement du dossier que l'ensemble des atteintes à la santé dont il a été retenu qu'elles entraînaient une incapacité de travail de 50% est dû à l'accident du 16 mai 2001. Si le rapport du Centre Oroph-COPAI a effectivement fait état de facteurs extérieurs aux atteintes à la santé (précarité de la situation en Suisse en tant que réfugié, manque de motivation, peur des machines, état de fatigue qui entraînait des endormissements) qui influençaient les rendements symboliques observés pendant le stage (24% dans des activités adaptées), les spécialistes du Centre Oroph-COPAI ont précisément fait abstraction de ces facteurs pour confirmer l'exigibilité de 50% fixée par le SMR sur le plan strictement médical (cf. lettre B.f supra). En effet, l'assurance-invalidité n'a pas non plus à répondre d'une

diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé (cf. ATF 107 V 17, consid. 2c; TFA I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références, publié in VSI 1999 p. 247, consid. 1; TF I 1082/06 du 24 septembre 2007, consid. 2.2; TFA I 293/05 du 17 juillet 2006, consid. 5.2.1). Il est dès lors inexact d'affirmer, comme le fait l'intimée, que l'OAI aurait accordé au recourant une rente d'invalidité pour des causes étrangères à l'accident.

d) Sur le vu de ce qui précède, il n'existe aucun motif de s'écarter de l'appréciation d'une capacité de travail limitée à 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, telle que l'OAI l'a fixée dans sa décision du 12 juillet 2007, entrée en force, et qu'il a encore confirmée par communication du 4 janvier 2011. Il sied de préciser que cette appréciation n'est nullement remise en cause par le fait que le recourant, qui n'a pas repris d'activité professionnelle, est en mesure d'accomplir certaines activités bénévoles, dans la mesure où ces activités sont adaptées à son état de santé et où elles s'inscrivent dans le cadre de la capacité de travail de 50% retenue.

Comme le calcul du degré d'invalidité est par ailleurs effectué sur les mêmes bases en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité (cf. consid. 2b et 2c supra), il n'y a pas non plus lieu de s'écarter du calcul du degré d'invalidité opéré par l'OAI conformément à la jurisprudence (cf. consid. 2b supra), qui aboutit à un degré d'invalidité de 55% (cf. lettre B.i supra).

4. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, fondé, doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité LAA fondée sur un degré d'invalidité de 55% dès le 1^{er} septembre 2003, sous déduction des prestations déjà versées. Il sied en effet de tenir compte du fait que le recourant a perçu une rente transitoire, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, du 1^{er} septembre 2003 au 30 septembre 2004 (cf. consid. 3a supra).

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA, applicable en vertu de l'art. 1 LAA ; art. 45 LPA-VD). En revanche, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le Tribunal (art. 61 let. g LPGA, applicable en vertu de l'art. 1 LAA; art. 55 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 7 du Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008 (RSV 173.36.5.2), les dépens comprennent des honoraires fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse; les honoraires sont en règle générale compris entre 500 fr. et 5'000 fr. et sont fixés en chiffres ronds, incluant la taxe sur la valeur ajoutée. En l'espèce, au vu de l'importance et de la complexité du litige, il y a lieu de fixer ces dépens à 2'000 fr. et de les mettre à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 16 juin 2010 par l'intimée S._____ est réformée en ce sens que l'intimée doit verser au recourant C._____ une rente d'invalidité LAA fondée sur un degré d'invalidité de 55 % dès le 1^{er} septembre 2003, sous déduction des prestations déjà versées.

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

- IV.** Une indemnité de 2'000 fr., à verser au recourant à titre de dépens, est mise à la charge de l'intimée S._____.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Renaud Lattion, avocat (pour C. _____),
- S. _____,
- 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 :