

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 septembre 2014

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : Mmes Thalmann et Brélaz Brillard
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

R. _____, à Nyon, recourant, représenté par CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique S.A., à Lausanne,

et

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

Art. 4, 6, 7 al. 1, 8, 16, 17 LPGA ; art. 6 al. 1, 15 al. 1 et 2, 18 al. 1 et 2, 21 LAA ; art. 23 al. 8 OLAA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant italien né en 1952, sans formation professionnelle, travaillait comme maçon-coffreur pour l'entreprise D._____ SA depuis le 1^{er} février 1995. Le 31 janvier 2000, au cours d'un déplacement professionnel, il a été victime d'un accident de la route occasionnant une fracture plurifragmentaire du plateau tibial externe du genou droit avec tassement d'un fragment ostéo-cartilagineux de 3 cm, un trait de refend dans le plateau sagittal métaphyso-diaphysaire, une fracture du massif des épines non déplacée, une désinsertion de la corne antérieure du ménisque externe droit, et une fracture du tiers proximal de la clavicule gauche. Conduit à l'Hôpital T._____, le prénommé y a subi, le 3 février 2000, une réduction de la fracture, une compression du plateau tibial externe, une greffe autologue prélevée à la crête homolatérale, une ostéosynthèse par plaque en L fixant la fracture du plateau et le massif des épines, ainsi qu'une suture du ménisque externe. Quant à la fracture claviculaire, elle a été traitée conservativement dans un premier temps, avant d'être opérée le 17 juillet 2000 ; à cette occasion, un cal proéminent a été réséqué et une stabilisation par plastie de l'articulation sterno-claviculaire a été effectuée. L'assuré n'a plus repris d'emploi depuis cet accident.

Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

B. Le 13 novembre 2000, R._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), tendant à un reclassement dans une nouvelle profession et à un placement.

C. Dans un rapport d'examen final du 19 février 2002, le Dr H._____, spécialiste en médecine orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la CNA, a relevé que l'épaule gauche de l'assuré suivait une évolution favorable, en dépit de légères douleurs résiduelles à la palpation sterno-claviculaire. Il a observé que

l'évolution était plus difficile s'agissant de la fracture du plateau tibial externe - dont les suites étaient compliquées par une algodystrophie -, que des séquelles du genou persistaient sous forme d'instabilité subjective, et que l'amplitude articulaire était objectivement assez bien rétablie malgré une amyotrophie de la cuisse objectivée par une diminution de 1,5 cm du périmètre mesurée à 10 cm du pôle supérieur de la rotule. Il a relevé qu'hormis une auto-musculation de la cuisse, la poursuite d'un traitement n'était plus nécessaire. Il a reconnu chez l'assuré une capacité de travail de 50 % dans l'activité de maçon, et de 100 % dans un travail n'exigeant ni manutentions dépassant 10 kg, ni déplacements en terrain irrégulier, ni position accroupie prolongée ou sollicitations répétées de l'épaule gauche au-dessus de l'horizontale.

Par décision du 6 septembre 2002, la CNA a mis l'assuré au bénéfice d'une rente transitoire d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2002, en retenant un taux d'invalidité de 26 % sur un gain annuel assuré de 65'757 francs. Elle a notamment retenu une pleine capacité de travail dans une activité légère, ne mettant pas fortement à contribution le membre inférieur gauche [recte : droit] par des positions malcommodes ou des déplacements en terrains accidentés, et ménageant l'épaule lésée en évitant des tâches à effectuer le bras en élévation. La CNA a observé qu'une telle activité (par exemple aide d'atelier, portier, surveillant de locaux ou d'installations, gardien de parking), dans laquelle ces restrictions pourraient être évitées, ne nécessitait pas de mesures de recyclage particulières et était susceptible de procurer à l'assuré un revenu d'environ 47'500 fr. par an. L'opposition initialement formée par l'assuré contre cette décision a été finalement retirée.

D. Par décision du 14 janvier 2003, la CNA a nié tout droit de l'assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité au motif que l'atteinte présentée par l'intéressé n'était pas importante. Cette décision a été frappée d'opposition le 14 février 2003. L'opposition a été rejetée par décision du 29 décembre 2003, demeurée sans recours.

E. Complétant ses observations dans un rapport du 30 juin 2003, le Dr H._____ a relevé que l'état de santé de l'assuré était stable et que l'examen clinique ne révélait aucune évolution significative depuis son rapport du 19 février 2002.

Dans un rapport médical adressé à la CNA le 4 avril 2005, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin traitant de l'assuré, a notamment relevé que l'état de santé de ce dernier laissait à craindre un dommage permanent sous la forme d'une gonarthrose fémoro-tibiale externe du genou droit ainsi que de douleurs sterno-claviculaires gauches résiduelles.

Interpellé par la CNA, le Dr H._____ a indiqué, dans un rapport du 4 mai 2005, que le status décrit par le Dr C._____ témoignait d'une fonction globalement superposable à celle exposée dans son rapport du 30 juin 2003. Il a encore précisé, sur la base de radiographies du 22 mars 2005, que celles-ci ne montraient pas d'évolution arthrosique significative et étaient comparables à celles effectuées en 2001.

F. Par acte du 6 septembre 2005, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'office) a fait savoir à l'assuré que le droit à une rente entière d'invalidité allait lui être reconnu pour la période du 1^{er} janvier 2001 au 30 avril 2002. L'OAI a retenu que l'état de santé de ce dernier s'était stabilisé en février 2002 et que depuis lors, la capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée (sans manutentions de charges supérieures à 10 kg, déplacements en terrains irréguliers, positions accroupies prolongées ou sollicitations répétées de l'épaule gauche au-dessus de l'horizontale). Le taux d'invalidité a été évalué à 14,10 %.

G. Le 12 octobre 2005, la CNA, observant qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité n'allait être mise en oeuvre, a alloué à l'assuré une rente fixe d'invalidité de 26 %, soit une rente identique à la rente provisoire quant à ses taux et montant. Cette décision est demeurée sans opposition.

H. **a)** Par décision du 13 décembre 2005, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2001 au 30 avril 2002, pour les motifs développés dans son écrit du 6 septembre 2005. L'opposition formée par l'assuré le 27 janvier 2006 a été rejetée par l'OAI le 13 avril 2007. L'office a fondé sa décision sur plusieurs rapports médicaux, dont celui du Dr C._____ du 13 mars 2007. A titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, ce praticien a retenu une arthrose fémoro-tibiale externe du genou droit post-traumatique avec instabilité en varus valgus par défaut d'appui externe, un status après fracture-impaction du plateau tibial externe du genou droit opéré en 2000, un status après révision de l'articulation sterno-claviculaire gauche pour luxation en 2000, et un stent coronarien suite à un infarctus les 28 avril et 20 octobre 2004. Ce spécialiste a relevé que l'intéressé portait une genouillère en permanence au genou droit, que les douleurs sterno-claviculaires gauches persistaient mais étaient contrôlées par un traitement anti-inflammatoire, et que l'arthrose fémoro-tibiale était correctement gérée avec le port d'une attelle et un traitement anti-inflammatoire associé. Pour le surplus, le Dr C._____ a notamment indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, que des mesures professionnelles étaient indiquées, que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus envisageable, mais qu'une activité sédentaire demeurerait exigible probablement à 100 %, avec les limitations fonctionnelles suivantes :

« Genou droit : incapacité à effectuer des travaux en échelle, en hauteur sur des échafaudages, sur terrain irrégulier. Nécessité d'éviter l'ascension et la descente d'escaliers répétés, nécessité d'éviter également les activités entraînant des flexions-extensions répétées, des travaux accroupis notamment.

Au niveau de son épaule gauche : impossibilité de port de charge, impossibilité d'élévation avec charges en bout de bras notamment. »

b) R._____ a recouru contre cette décision sur opposition le 15 mai 2007. Dans le cadre de la procédure de recours, à la faveur d'une audience de conciliation du 26 mai 2008, l'OAI a convenu de rapporter la décision attaquée, d'une part dans le sens de l'octroi de prestations sous

forme de mesures professionnelles immédiates, pour l'avenir, d'autre part par le réexamen d'un droit aux prestations dès après le 30 avril 2002.

c) Entre-temps, ensuite de la mise en évidence, lors d'un examen effectué le 20 mars 2007 par le Dr E._____, médecin radiologue, de séquelles de l'ancienne fracture du plateau tibial externe sous la forme d'une importante perte de hauteur et irrégularité de partie antérolatérale du plateau tibial et d'une importante ostéopénie au niveau du tibia proximal, l'assuré a subi une opération le 26 avril 2007 consistant en la pose d'une prothèse au genou droit.

d) Le 9 juin 2008, l'OAI a annulé sa décision sur opposition du 13 avril 2007 et repris l'instruction, l'assuré sollicitant en date du 1^{er} octobre 2008 l'octroi immédiat d'une rente d'invalidité.

e) Plusieurs rapports ou avis médicaux décrivent l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis l'opération du 26 avril 2007.

Notamment, par avis du 13 juillet 2007 signé par le Dr Q._____, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a relevé que l'ostéopénie n'était pas de nature à modifier l'exigibilité d'une activité adaptée, pas plus que la pose d'une prothèse au genou droit, mesure qui aurait toutefois des incidences sur les limitations fonctionnelles de l'assuré, outre l'incapacité de travail post-opératoire.

Dans son rapport du 7 août 2007, le Dr C._____ a mentionné que l'état de santé du recourant suivait une évolution positive, que ce dernier présentait des douleurs diffuses mal systématisées, qu'il marchait avec une canne et que sa mobilité était satisfaisante. Ce praticien a indiqué que si un travail dans la maçonnerie n'était plus exigible, il pourrait être exigé de l'assuré, probablement cinq mois après la pose de la prothèse, qu'il exerce à plein temps une activité sédentaire (« surveillance, buraliste, classement ou travail à l'usine sans déplacement nécessaire, sans port de charge »), sans port de charge au-delà de 10 kg, permettant le travail en position assise et debout, en évitant

l'accroupissement et la position à genoux, le travail en hauteur, les échelles, ainsi que les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Dans un rapport subséquent du 16 novembre 2007, le Dr C._____ a relevé que l'évolution de l'état de santé de son patient était marquée par la persistance de douleurs antéro-internes d'origine indéterminée avec une arthroplastie sans problème particulier, et qu'à long terme, le pronostic restait réservé malgré une prothèse du genou parfaitement fonctionnelle.

En date du 15 avril 2008, le Dr C._____ n'observait « aucune évolution et aucune progression et modification de la symptomatologie ».

Le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement à la CNA, a notamment relevé dans son rapport du 17 juin 2008 que l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis l'accident du 31 janvier 2000 avait été satisfaisante jusqu'à la survenance d'une arthrose ayant nécessité l'implantation d'une prothèse du genou - arthroplastie dont le résultat était subjectivement insatisfaisant. Relevant qu'une position basse de la rotule pourrait donner lieu à une intervention complémentaire susceptible d'améliorer de façon notable la situation, le Dr L._____ considérait que le cas n'était pas stabilisé. Il estimait que la capacité de travail restait nulle et proposait une évaluation universitaire.

Deux rapports ont été établis par le Dr P._____, [...] du CHUV. Dans son premier rapport daté du 14 août 2008, ce praticien indiquait que l'assuré ne pouvait marcher sans une canne et se plaignait de gonalgies internes et sous-rotuliennes du genou droit, genou qui avait toujours mal évolué depuis l'accident et dont l'état avait eu tendance à se dégrader après chaque intervention ; sur ce point, il était constaté que quinze mois après la pose de la prothèse, l'évolution était stagnante, voire défavorable suite à une arthrose post-traumatique. S'agissant de l'épaule gauche de l'assuré, le résultat était plutôt satisfaisant bien que le port de charges fût impossible, aux dires du patient. Dans son second rapport rédigé le 5 septembre 2008 après examens complémentaires, le Dr P._____ précisait qu'aucun signe d'infection de prothèse n'avait été mis

en évidence. Il ajoutait que le recourant présentait une suspicion de défaut de scellement de sa prothèse ainsi qu'une rotule basse, et qu'il n'avait pu récupérer une fonction normale de son genou droit malgré les diverses opérations subies. Ce praticien soulignait que depuis l'implantation de la prothèse, le patient se plaignait principalement de douleurs internes, alors que seules des douleurs externes avaient été annoncées avant l'intervention. Pour ces motifs, il était désormais envisagé de remplacer cette prothèse par une prothèse postéro-stabilisée, cimentée, avec resurfaçage de la rotule. Le 9 septembre 2008, le Dr P._____ précisait qu'une activité dans la maçonnerie était peu probable, même en cas de reprise de la prothèse et demeurait, s'agissant de l'origine des douleurs, dans l'attente du résultat d'une infiltration.

Par avis du 8 octobre 2008, le SMR, par le Dr B._____, a considéré que nonobstant l'absence de stabilisation de l'état de santé de l'assuré de par la persistance d'un épanchement et de douleurs d'origine non infectieuse, la capacité de travail exigible était de 100 % dans une activité adaptée (sédentaire).

Dans un rapport du 1^{er} décembre 2008, le Dr P._____ complétait ses rapports antérieurs par les observations suivantes :

« L'examen clinique, le résultat de l'infiltration et la scintigraphie parlent pour un problème de scellement du plateau tibial et également de douleurs rotuliennes sur une rotule non resurfacée.

[...] nous avons, finalement, proposé un changement de prothèse à M. R._____ par une prothèse Nexgen voie LCCK cimentée avec un resurfaçage de la rotule. Il s'agit, bien sûr, d'une intervention lourde et les prothèses de révision ont notamment des résultats moins bons qu'avec des prothèses primaires. Néanmoins, dans l'état actuel du genou, il n'y a aucun espoir d'amélioration vu que l'on est à 18 mois de l'opération sans aucune évolution malgré les différents traitements. »

f) Le 17 décembre 2008, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui refusant le droit à des prestations pour la période allant d'avril 2002 à mars 2007, motif pris que le rapport du Dr C._____ du 13 mars 2007 mentionnait pour cette période un état stationnaire et une

pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En revanche, compte tenu de l'aggravation des problèmes médicaux depuis mars 2007 et plus particulièrement depuis la pose d'une prothèse au genou gauche [recte : droit] en avril 2007, l'office entendait reconnaître à l'intéressé le droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mars 2008.

En date du 25 février 2009, l'assuré a subi l'intervention chirurgicale proposée par le Dr P. _____ et consistant en un changement de la prothèse du genou droit par une prothèse du genou LCCK, avec greffe du condyle fémoral externe et ostéotomie de la TTA. Il a été procédé à l'ablation des vis le 21 avril 2010. Les rapports post-opératoires du Dr P. _____ adressés à la CNA les 25 mars 2009, 19 juin 2009, 16 novembre 2009 et 1^{er} juillet 2010 faisaient état d'une évolution favorable (cf. let. I a) ci-dessous).

g) Par décision du 14 mai 2009, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2008 pour les motifs suivants :

« Comme convenu en audience du 26 mai 2008, nous avons repris l'étude de votre dossier afin de réexaminer votre droit à des prestations de l'AI au-delà du 30 avril 2002. Il avait également été convenu que notre Service de réadaptation vous recevrait pour vous aider à réintégrer le marché du travail.

Votre dossier a donc été soumis une nouvelle fois au SMR afin qu'il se repositionne sur l'ensemble des documents médicaux au dossier et détermine l'évolution de votre capacité de travail dans une activité adaptée depuis cette date.

Pour rappel, nous avons retenu une incapacité de travail totale dans n'importe quelle activité de janvier 2000 à février 2002. Nous vous avons donc octroyé une rente entière limitée dans le temps du 01.01.2001 au 30.04.2002. Votre capacité de travail était à nouveau entière dans une activité adaptée depuis février 2002 tel que le mentionne l'examen du médecin d'arrondissement de la SUVA du 19 février 2002. Au-delà de cette date, votre préjudice économique s'élevait à 14 %.

Après réexamen de votre dossier, le SMR maintient sa position pour la période d'avril 2002 à mars 2007. Il admet une incapacité de travail totale de courte durée du 29 janvier 2004 au 09 février 2004 en raison d'accidents ischémiques transitoires, par définition sans séquelle neurologique. L'intervention qui a suivi ne justifie pas plus de 5 jours d'incapacité de travail. Le Service médical régional estime

en outre que vos douleurs thoraciques ont été largement investiguées et que lesdites investigations ont permis d'exclure une cause cardiaque. On ne peut donc pas admettre une incapacité de travail de longue durée pour raison cardiaque, cardiovasculaire ou neurologique.

Sur le plan orthopédique, le Dr C._____ mentionne dans son rapport du 13 mars 2007, un état stationnaire et une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter de notre précédente appréciation entre avril 2002 et mars 2007.

Au vu des pièces médicales au dossier, il convient cependant d'admettre que votre état de santé s'est aggravé depuis mars 2007 avec pose d'une prothèse du genou gauche en avril 2007. Votre incapacité de travail est totale dans n'importe quelle activité depuis cette date. C'est pourquoi la démarche de réadaptation entreprise ne se justifie plus pour l'instant.

Au vu de ce qui précède, votre préjudice économique est de 14 % d'avril 2002 à mars 2007. Compte tenu d'un préjudice résiduel inférieur à 20 % entre avril 2002 et mars 2007, il convient de faire courir un nouveau délai d'attente d'une année (art. 29 LAI dans sa teneur jusqu'au 31.12.2007) entre mars 2007 et mars 2008.

Votre droit à une rente entière d'invalidité s'ouvre donc au 1^{er} mars 2008. »

h) Par acte déposé le 18 juin 2009, R._____ a recouru contre cette décision, reprochant à l'office intimé d'avoir nié l'existence d'une incapacité de travail de 2002 à 2007 pour des motifs similaires à ceux développés dans le prononcé du 13 avril 2007.

Ce recours a été rejeté par arrêt de la cour de céans du 15 mars 2011, lequel a été confirmé par arrêt du Tribunal fédéral du 24 octobre 2011.

i. **a)** Ensuite d'une consultation du 16 mai 2010, le Dr P._____ a adressé le 1^{er} juillet 2010 un rapport à la CNA. Il a relevé sur le plan clinique des cicatrices calmes mise à part une minime croûte, l'absence d'épanchement articulaire, des douleurs à la palpation de l'aileron interne, une mobilité du genou 0-0-125°, un genou stable en extension et à 90°, une bonne force quadricipitale et l'absence de troubles neuro-vasculaires. La prochaine consultation était agendée à une année. La reprise du travail de l'assuré dans son ancien métier de maçon n'était pas possible. Tout en relevant que le recourant était actuellement à 100 % à l'AI, le Dr P._____

a considéré qu'un travail en position assise/debout alternée pourrait être envisagé, précisant que son patient présentait des difficultés à se lever de la position assise prolongée après 30 à 45 minutes. Un travail en dessus de la tête et les ports de charge étaient contre-indiqués en raison du status après fracture de la clavicule et des problèmes du genou. Selon le Dr P._____, les capacités de travail de son patient restaient très limitées.

b) En date du 4 août 2010, l'assuré a été examiné par le Dr J._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Ce praticien a notamment posé les diagnostics de status après changement de prothèse du genou droit avec greffe du condyle fémoral externe et ostéotomie de la TTA le 25 février 2009, ainsi que de status après ablation des vis de la TTA en avril 2010, et de status après fracture du tiers proximal de la clavicule gauche opérée secondairement. Ce praticien a considéré, s'agissant du genou droit, que la situation était stabilisée. Il a rapporté les propos de l'assuré, soit que celui-ci ressentait toujours constamment des douleurs au niveau du genou droit, augmentant à la marche et selon les changements de temps et le réveillant parfois la nuit, qu'à l'extérieur de son domicile, il marchait à l'aide d'une canne et ne pouvait faire plus de 300 m en terrain régulier plat avant de devoir s'arrêter pour deux à trois minutes dans l'attente d'une diminution des douleurs avant la reprise de la marche. A l'examen clinique, le Dr J._____ a observé des douleurs à la palpation du compartiment interne du genou droit avec limitation de flexion à 110° ainsi qu'une amyotrophie du membre inférieur droit. Il a encore relevé qu'il n'existait pratiquement aucune séquelle de la fracture de la clavicule gauche en dehors d'une très légère limitation de l'abduction et de l'antépulsion de cette épaule. Du point de vue asséculo-logique, l'incapacité de travail était totale dans une activité de maçon-coffreur en raison de l'état du genou droit. Dans une activité adaptée, c'est-à-dire sédentaire, sans déplacement important sur le lieu de travail, sans avoir à monter ou descendre des escaliers et en disposant de la possibilité d'alterner les positions assise/debout régulièrement, l'assuré avait une capacité de travail de 100 %. Le Dr J._____ a finalement estimé à 30 % l'atteinte à l'intégrité, se fondant sur la table 5 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la

LAA qui prévoit un taux de 30 à 40 % pour la pan-gonarthrose grave. Il estimait qu'après son changement de prothèse du genou droit, l'assuré présentait des séquelles correspondant à une arthrose importante de son genou droit sans qu'il ne présente la moindre instabilité.

c) Ensuite de ce rapport, la CNA a engagé une procédure de révision de la rente et par décision du 27 septembre 2010, a considéré que les conditions requises pour l'augmentation de la rente n'étaient pas réunies d'une part, et d'autre part a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 32'040 fr., se fondant sur le taux de 30 % déterminé par son médecin d'arrondissement.

S'agissant plus particulièrement du refus d'augmentation de la rente, la CNA s'est fondée sur les résultats d'une recherche avec description des postes de travail (ci-après : DPT), répertoriant 96 DPT, avec des perspectives de salaire variant de 37'700 fr. à 68'200 fr. pour l'année 2010. De la sélection de cinq DPT correspondant aux séquelles accidentelles de l'assuré (collaborateur de production [2 postes], employé de conditionnement, ouvrier de brasserie et praticien en logistique), il est ressorti un gain potentiel d'invalidé de 4'271 fr. 45 en 2010. Quant au gain présumable sans invalidité, il s'élevait en 2010 à 6'074 fr. 66, selon attestation de l'employeur. Il résultait ainsi de la comparaison entre ces deux revenus une perte de 29,69 %, qui ne constituait pas une aggravation notable par rapport au taux de 26 % de la rente d'invalidité servie depuis septembre 2002.

d) Le 29 septembre 2010, par son mandataire, l'assuré a formé opposition provisoire, confirmée le 22 novembre 2010. Il a essentiellement fait grief à la CNA de ne pas avoir retenu une aggravation de son état de santé et de ne pas s'être calquée sur la décision de l'OAI du 17 décembre 2008 lui reconnaissant une incapacité totale de travailler.

e) Dans sa décision sur opposition du 1^{er} décembre 2010, la CNA a maintenu sa position, rappelant plus particulièrement que l'octroi d'une rente entière d'invalidité par l'OAI dès le 1^{er} mars 2008 était motivé

par une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis mars 2007 avec la mise en place de la prothèse. Si l'incapacité de travail de l'assuré était incontestablement nulle en mars 2007, en revanche, aucun motif ne lui permettait de s'écarter du rapport d'examen du médecin d'arrondissement du 4 août 2010 concluant à la stabilisation du cas avec pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

J. Par acte de son mandataire du 17 janvier 2011, R. _____ a recouru contre la décision sur opposition de la CNA du 1^{er} décembre 2010, en concluant, avec suite de dépens, à son annulation et à l'allocation d'une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} mars 2007. Il a relevé que dès l'instant où les décisions de l'OAI et de la CNA étaient fondées sur les mêmes séquelles accidentelles, il était incompréhensible que la première institution lui reconnaisse une incapacité totale de travail dans n'importe quelle activité et la seconde la faculté d'exercer un emploi à 100 % dans une activité adaptée. Il a encore observé qu'il était totalement illusoire, compte tenu de l'absence d'activité professionnelle depuis l'accident (soit depuis plus de 10 ans), de son âge actuel (59 ans) et de sa seule expérience antérieure de maçon, de considérer qu'il présentait une aptitude à reprendre une activité à 100 % dans l'industrie comme préconisé par la CNA.

Dans son mémoire de réponse du 21 février 2011, la CNA a confirmé la décision sur opposition, déniait tout caractère notable à la modification de moins de 5 % du taux de la rente et contestant toute violation du principe de coordination des assurances sociales dans la mesure où l'état de santé de l'assuré peut évoluer entre la décision d'octroi d'une rente AI et celle d'une rente LAA.

Dans ses déterminations du 31 mars 2011, le recourant a conclu subsidiairement à condamnation de la CNA à lui verser des indemnités journalières pour la période allant du 1^{er} mars 2007 au 31 juillet 2010.

La caisse intimée a renoncé à déposer des déterminations le 9 mai 2011.

Par ordonnance du 31 mai 2011, le juge instructeur a suspendu la cause jusqu'à droit connu sur le recours de l'assuré contre la décision sur opposition de l'OAI du 14 mai 2009.

La cause a été reprise le 18 juin 2012, parties étant invitées à déposer leurs déterminations.

Dans sa nouvelle écriture du 31 août 2012, la CNA a confirmé ses conclusions en rejet du recours, précisant s'agissant des conclusions subsidiaires du recourant en allocation d'indemnités journalières, qu'elles devaient être rejetées sur la base de l'art. 23 al. 8 OLAA dès l'instant où l'intéressé ne percevait aucun salaire juste avant la rechute.

Quant à R._____, il a confirmé ses conclusions dans ses déterminations du 22 octobre 2012, précisant que l'OAI n'avait toujours pas engagé une procédure de révision du droit à la rente entière d'invalidité.

A titre de mesure d'instruction, il a été ordonné la production du dossier AI, sur lequel les parties ont eu l'opportunité de se déterminer dans un délai échéant au 13 février 2013. A cette occasion, la caisse intimée a relevé qu'une procédure de révision de la rente AI était en cours.

En date du 26 mai 2014, le recourant a encore produit une communication de l'OAI du 29 avril 2013 faisant état d'un degré d'invalidité de toujours 100 % et maintenant la rente entière.

E n d r o i t :

1. a) 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. 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 compte tenu des fêtes (art. 38 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 58 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme, est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 4 LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, le recourant n'a pas contesté le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Est donc litigieuse la détermination, dans le cadre d'une révision, du taux d'invalidité du recourant, lequel considère avoir droit à une rente entière LAA depuis le 1^{er} mars 2007 en se fondant sur la décision de l'OAI du 14 mai 2009.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Le taux (ou degré) d'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, à savoir les gains hypothétiques prévus à l'art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA. Cette première disposition consacre la méthode générale de la comparaison des revenus. Elle prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Les revenus chiffrés sont comparés selon les circonstances qui prévalent au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA) ; le taux d'invalidité, issu de cette comparaison, est exprimé en pour-cent (Pratique VSI 2000, p. 82, consid. 1b).

b) Lorsque l'assuré ne met pas, ou pas pleinement, à profit sa capacité de travail après l'accident, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidité, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2^e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n °176). Les données salariales qui résultent des DPT ne peuvent toutefois servir au calcul du revenu d'invalidité que pour autant que certaines conditions soient remplies. Ainsi, l'assureur doit produire cinq DPT et préciser le nombre total de places de travail documentées entrant en considération pour le handicap donné, les salaires maximum et minimum de celles-ci et le salaire moyen du groupe correspondant (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2, p. 480).

c) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les références).

La modification doit être notable, ce qui veut dire sensible. La jurisprudence admet une modification notable, pour une rente d'invalidité LAA, en cas de modification de plus de 5 % du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.2). Selon Frésard et Moser-Szeless (*op. cit.*, n° 215, p. 911), pour juger si une modification notable s'est produite, on comparera la situation qui existait au moment où la décision initiale de rente (ou la décision précédente de révision) a été rendue et celle qui prévaut au moment de la révision en cause ; en cas de litige, le moment déterminant est celui où la décision sur opposition est rendue. Le Tribunal fédéral a précisé que, à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; TF 8C_880/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis

médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Notre Haute Cour a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'OAI et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7 ; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 *in fine*, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de

l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

Selon la jurisprudence, la CNA 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).

e) Les organes de l'assurance-invalidité ne sont en principe pas liés par l'évaluation de l'invalidité de l'assureur-accidents, et inversement (ATF 133 V 549 ; TF 9C_751/2007 du 8 août 2008 consid. 3.1). Les assureurs sont en effet tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres, sans se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen, le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 2d ; TF 9C_1062/2008 du 9 septembre 2009 consid. 4.1, 9C_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4). En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. C'est pourquoi, même si un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Aussi, l'assureur doit-il se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée, une appréciation divergente de celle-ci ne pouvant intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement si certaines conditions sont réalisées. En particulier, peuvent constituer des motifs suffisants de s'écarter d'une

telle évaluation le fait que celle-ci repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou encore qu'elle est fondée sur des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles ou, enfin, qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d p. 293 ; TF U 84/07 du 31 janvier 2008 consid. 2.3.1 ; TFA I 864/05 du 26 octobre 2006 consid. 2.1)

4. a) Doit donc être examinée l'évaluation du taux d'invalidité du recourant par la CNA selon les critères prévalant en matière de révision. Plus particulièrement, il s'agit de déterminer si le taux d'invalidité du recourant a subi une modification notable en comparant la situation existant au 12 octobre 2005, date de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente, avec celle existant à la date de la décision sur opposition litigieuse, soit le 1^{er} décembre 2010.

b) Pour mémoire, la décision du 12 octobre 2005 retenait une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité légère ne mettant pas fortement à contribution le membre inférieur droit par des positions malcommodes ou des déplacements en terrain accidenté d'une part et évitant des mouvements en élévation de l'épaule gauche d'autre part. Cette décision, non contestée, reposait principalement sur l'évaluation du médecin-conseil de la CNA, le Dr H._____.

La décision sur opposition du 1^{er} décembre 2010 se fonde quant à elle sur le rapport d'examen final du Dr J._____, médecin-conseil de la CNA, lequel a examiné l'assuré le 4 août 2010, soit un mois à peine après le dernier rapport rendu le 1^{er} juillet 2010 par le Dr P._____, médecin traitant du recourant. Outre que le rapport du Dr J._____ satisfait aux exigences jurisprudentielles formelles, il concorde avec l'évaluation du médecin traitant quant à l'inexigibilité de l'activité professionnelle antérieure et sur le principe d'une capacité de travail dans une activité tenant compte de certaines limitations fonctionnelles. Notamment, les deux médecins se rejoignent quant à la nécessité d'alterner les positions. En revanche, le Dr J._____ ne reprend pas les

restrictions liées au status après fracture de la clavicule, vraisemblablement parce qu'il considère qu'il n'existe pratiquement aucune séquelle de cette fracture hormis une très légère limitation de l'abduction et de l'antépulsion. Cette divergence demeure cependant sans incidence dans la mesure où le Dr J._____ préconise une activité sédentaire, soit par définition limitant les mouvements et les charges d'une façon générale. Le médecin traitant du recourant n'évalue pas le taux d'incapacité de son patient. Il relève seulement que les capacités de travail de celui-ci sont très limitées. Il n'exclut ainsi pas a priori une capacité de travail à 100 %, d'autant que son observation peut se comprendre dans le sens d'une limitation du type d'activités tout comme d'une marque d'empathie à l'égard de son patient. Il peut par ailleurs être déduit de l'échéance du prochain contrôle à une année que le Dr P._____ estimait la situation également stabilisée. Enfin, il n'existe pas de rapports médicaux contemporains à ceux des Drs J._____ et P._____ mentionnant une quelconque incapacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations. En conséquence, il convient de conférer au rapport du Dr J._____ une pleine valeur probante en tant qu'il concerne l'évaluation et la stabilisation de l'état de santé à la date de l'examen clinique du 4 août 2010, tout comme l'évaluation de la capacité de travail du recourant à l'époque de la procédure de révision.

c) Le recourant considère que la caisse intimée devait se calquer sur la décision de l'OAI du 14 mai 2009.

Etant rappelée la jurisprudence concernant l'indépendance des assureurs en matière d'évaluation du taux d'invalidité (cf. consid. 3e ci-dessus), le premier grief de violation du principe de coordination de l'évaluation de l'invalidité dans l'assurance-invalidité et dans l'assurance-accidents tombe à faux, dans la mesure où la décision de l'OAI du 14 mai 2009 ne revêt aucun caractère contraignant à l'égard de la CNA.

Il n'en demeure pas moins que la décision de l'OAI du 14 mai 2009 n'intègre pas d'autres atteintes à la santé que celle retenues par la CNA de telle sorte qu'il convient de déterminer si la caisse intimée était

fondée à se distancer de l'évaluation par l'OAI de la capacité de travail du recourant, partant du taux d'invalidité. De fait, cette divergence trouve son explication dans l'évolution particulière de l'état de santé du recourant entre mars 2007 et août 2010. La décision de l'OAI se fonde sur l'état de santé du recourant tel qu'il se présentait ensuite de l'opération du 26 avril 2007, plus précisément sur les rapports établis jusqu'au 1^{er} décembre 2008 par son médecin opérateur, le Dr P._____, lequel à cette date relevait qu'en l'état actuel du genou de son patient, il n'y avait aucun espoir d'amélioration et proposait déjà le changement de prothèse qui devait être finalement effectué le 25 février 2009. L'appréciation de l'incapacité par la CNA n'était à l'époque pas différente dans la mesure où le Dr L._____ considérait en date du 17 juin 2008 que le cas n'était pas stabilisé et que la capacité de travail de l'assuré restait nulle. L'OAI a manifestement fondé en son temps l'incapacité totale de travail sur cette absence de stabilisation, s'écartant ainsi de l'avis du Dr B._____ du SMR du 8 octobre 2008 qui retenait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Depuis lors, l'état de santé de l'assuré a néanmoins évolué, plus particulièrement ensuite du changement de prothèse du 25 février 2009, étant précisé que le caractère favorable de l'évolution, tel qu'observé par le Dr P._____ et entériné par le Dr J._____, est postérieur à la décision de l'OAI du 14 mai 2009. L'état de fait médical fondant les décisions de l'OAI et de la CNA étant différent, celle-ci était légitimée à s'écarter de l'appréciation de celui-là.

d) Une aggravation de l'atteinte au genou droit survenue entre les deux décisions litigieuses est indéniable dans la mesure où par sa décision du 27 septembre 2010, la CNA a accordé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Cependant, cette aggravation demeure sans incidence sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Sur ce point, l'évaluation du Dr J._____ du 4 août 2010 est en effet superposable à celle du Dr H._____ du 19 février 2002, confirmée les 30 juin 2003 et 4 mai 2005 ; ces praticiens retiennent tous deux une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

e) S'agissant de la détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT, il apparaît que la CNA a respecté les exigences posées par la jurisprudence en la matière (cf. consid. 3b ci-dessus). Elle a produit cinq DPT et déterminé leur salaire moyen. Leur descriptif atteste du respect des limitations fonctionnelles telles que proposées par le Dr J._____. La caisse intimée a également communiqué le nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que les salaires minima et maxima. La CNA a ainsi rapporté la preuve ou mis en évidence l'existence d'activités adaptées au handicap de l'intimé sur le marché équilibré du travail, de telle sorte qu'il peut être fait référence aux DPT pour la détermination du revenu avec invalidité.

A cela s'ajoute que selon la jurisprudence, les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans un cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 p. 480). Or, en l'occurrence, le recourant n'a pas formulé de réserves au sujet de l'application des DPT lors de la procédure d'opposition, ni n'a justifié cette abstention dans le cadre de son recours.

En tenant compte d'un revenu sans invalidité de 6'075 fr. et d'un revenu avec invalidité de 4'271 fr., le taux d'invalidité s'élève à 29,69 %. La différence de moins de 4 % avec le taux d'invalidité de 26 % retenu par la CNA le 12 octobre 2005 ne constitue pas une modification notable autorisant une révision de la rente d'invalidité, faute d'atteindre le seuil de 5 % fixé par la jurisprudence (cf. consid. 3c ci-dessus).

5. Le recourant prétend encore, à titre subsidiaire, à l'allocation d'indemnités journalières pour la période du 1^{er} mars 2007 au 31 juillet 2010.

Le montant des indemnités journalières est calculé d'après le gain assuré (art. 15 al. 1 LAA), c'est-à-dire, en principe, sur la base du dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident (art. 15 al. 2 LAA). Dans des cas spéciaux, il dépend des dispositions de l'OLAA (ordonnance du 20

décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202) édictées par le Conseil fédéral (art. 15 al. 3 LAA). L'art. 23 al. 8 OLAA prévoit ainsi que le salaire déterminant en cas de rechute est celui que l'assuré a reçu juste avant celle-ci ; toutefois, il ne saurait être inférieur à 10 % du montant maximum du gain journalier assuré, sauf pour les bénéficiaires de rentes de l'assurance sociale. Dans le même sens, l'art. 21 al. 1 et 3 LAA prévoit qu'en cas de rechute et de séquelles tardives après que la rente a été fixée, le bénéficiaire de la rente dont le gain diminue a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical. Cette disposition permet au titulaire d'une rente partielle de l'assurance-accidents qui a mis en valeur sa capacité résiduelle de gain de percevoir, outre la rente allouée initialement, une indemnité journalière calculée sur la base de son dernier revenu avant la rechute ou la séquelle tardive (TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.4).

En l'occurrence, peu importe que l'évolution de l'état de santé du recourant au printemps 2007 soit qualifiée de rechute ou de séquelle tardive. Le recourant n'a en effet plus exercé d'activité rémunérée depuis l'accident du 31 janvier 2000 alors qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée lui était reconnue dès février 2002. Par conséquent, à défaut de revenu réalisé depuis lors et plus particulièrement avant mars 2007, le recourant ne saurait prétendre à l'allocation d'indemnités journalières.

6. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b et les arrêts cités). Il ne saurait dès lors être tenu compte de la communication de l'OAI du 29 avril 2013 maintenant le droit du recourant à une rente entière.

7. **a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

En l'occurrence, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. L'intimée, agissant comme autorité chargée de tâches de droit public, ne peut se voir allouer de dépens à la charge du recourant.

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 1^{er} décembre 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique S.A. (pour R. _____),
- 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).

La greffière :