

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 janvier 2016

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Thalmann et Dessaux, juges
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Pierre Bauer, avocat à la Chaux-de-Fonds

et

S. _____ **ASSURANCES**, à [...], intimée.

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; 6, 10, 16, 18, 19 et 21 LAA

E n f a i t :

A. **a)** A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, travaillait à temps complet depuis le 25 août 1998 en qualité de jardinier (notamment entretien du jardin, taille des arbres, nettoyages, petites réparations) au sein de G. _____ à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de S. _____ Assurances ou l'intimée). Il exerçait également le soir une activité accessoire (nettoyage des locaux, petite manutentions et réparations) auprès de L. _____.

Le 25 août 1999, alors qu'il se rendait sur son lieu de travail, l'assuré a été victime d'un accident sur la voie publique, un véhicule lui ayant refusé la priorité alors qu'il circulait normalement au guidon de sa moto. Souffrant de diverses fractures au membre inférieur droit (fracture ouverte stade IIIC de la jambe droite, fracture non déplacée spino-tubérositaire externe au plateau tibial droit et fracture médio-diaphysaire du fémur droit), l'assuré a été hélicoptéré par la REGA et hospitalisé au service de traumatologie du M. _____ du 25 août au 3 octobre 1999, date de son transfert à Hôpital B. _____ pour la suite de sa rééducation. Il a subi quatre interventions en août et novembre 1999, soit notamment une amputation traumatique selon Burgess à droite (située à 22 cm environ sous la pointe de la rotule). Une totale incapacité de travail a été attestée dès le 25 août 1999.

S. _____ Assurances a pris en charge le cas déclaré le 18 septembre 1999 et a versé les indemnités journalières y relatives (dossier 172/99-410'623). Il sied de préciser que S. _____ Assurances intervient également au titre de l'assurance-accidents complémentaire via G. _____ (dossier 172/99-410'794) et au titre de l'assureur responsabilité civile du motorcycle de l'assuré (dossier 440/99-580'159).

Il ressort d'une note relative à un entretien téléphonique du 29 décembre 1999 que L._____ a versé à l'assuré le montant de 7'628 fr. 50 en un an.

Par courrier du 9 février 2000 à S._____ Assurances, G._____ a indiqué que l'assuré avait perçu un salaire de 37'542 fr. pour la période allant du 1^{er} juillet 1998 au 31 juillet 1999.

Le 17 février 2000, I._____ a adressé à l'assuré une facture intitulée « prothèse tibiale droite » d'un montant de 9'403 fr. 25.

Le 19 mai 2000, I._____ a adressé à l'assuré une facture intitulée « prothèse tibiale droite n°2 » d'un montant de 8'371 fr. 20.

Par courrier du 24 juillet 2000, S._____ Assurances a incité l'assuré à déposer une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), notamment pour la prise en charge de moyens auxiliaires (adaptation du véhicule à son handicap).

Dans un rapport médical du 6 novembre 2000 à l'OAI, le DrH._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a qualifié l'état de santé de son patient de stationnaire. Il a attesté une totale incapacité de travail depuis le 25 août 1999. Il a ajouté que des mesures professionnelles dans l'optique d'un reclassement en position sédentaire ou semi-sédentaire, sans long déplacement, sans position prolongée de la position debout, ni port de charge ou de manutention, pouvaient être envisagées avec une capacité de travail exigible actuelle dans une activité adaptée de 25 à 50%.

Lors d'un entretien téléphonique du 13 juin 2001, Z._____, prothésiste à [...] a informé S._____ Assurances que l'assuré s'était rendu en juin 2001 chez lui initialement afin de changer de chaussures. A cette occasion, l'assuré lui avait indiqué que la première prothèse restait dans l'armoire, alors que la 2^{ème} lui faisait mal. Le prothésiste n'a pas été

étonné par les douleurs décrites dans la mesure où la prothèse appuyait directement sur un nerf. Par ailleurs, le bout du moignon était blanc et froid, ce qui démontrait que l'appui sur la prothèse était mal réparti.

Par courrier du 28 août 2001, S. _____ Assurances a admis la prise en charge de cette troisième prothèse d'un montant de 5'703 fr. 85, la première de 9'403 fr. 25 et la seconde de 8'371 fr. 20 ayant été octroyées en 2000.

Dans un rapport de synthèse du 23 octobre 2001 faisant suite à l'observation professionnelle allant du 3 au 30 septembre 2001 (octroyée par l'OAI) et comprenant également un avis médical du 12 octobre 2001 du Dr N. _____, médecin-conseil, le Centre X. _____ a conclu à l'inaptitude, vraisemblablement provisoire, de l'assuré à être réadapté dans le circuit économique normal, même à temps partiel, en exposant notamment ce qui suit :

« Bien que les seules limitations physiques concernent le MID [membre inférieur droit] (chez un droitier), l'assuré ne peut pas être actuellement réinséré professionnellement. En effet, sa capacité de travail est fortement diminuée par son incapacité à travailler dans la continuité. Actuellement, il semble que sa prothèse ne soit pas encore suffisamment adaptée ou alors trop mal supportée. Ainsi, le rendement moyen observé n'a été que de 25%, ce qui ne correspond pas aux exigences du marché de l'emploi. Par ailleurs, l'état psychique (image de soi catastrophique, inacceptation de l'amputation et de la prothèse, alternance d'états douloureux et déprimés avec des élans d'énergie et de recherche d'adaptation à la situation présente) ne permet pas encore à M. A. _____ d'envisager positivement l'avenir, aussi bien sur le plan personnel que sur le plan professionnel.

Enfin, étant donné que l'assuré est actuellement en traitement (recherche d'une prothèse bien adaptée), nous estimons que son état de santé doit pouvoir s'améliorer et nous proposons que l'évolution de cette situation soit régulièrement suivie dans les prochains mois ».

Dans un courrier du 24 octobre 2001 à S. _____ Assurances, Me Pierre Bauer, conseil de l'assuré, a précisé que la nouvelle prothèse de son client n'était toujours pas au point et qu'il y avait lieu de procéder à un certain nombre de retouches.

Le 18 mars 2002, le Dr H._____ a procédé à une reprise chirurgicale (ablation du matériel d'ostéosynthèse au fémur droit, au tibia proximal droit et révision du moignon d'amputation de la jambe homolatérale pour suspicion d'enclavement névralgique à l'endroit de la myoplastie de recouvrement).

Dans deux certificats médicaux intermédiaires LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20) des 9 octobre 2002 et 7 janvier 2003 à S._____ Assurances, le Dr H._____ a relevé chez son patient la persistance de névralgies en particulier à l'extrémité distale du moignon d'amputation de la jambe. La confection d'un nouvel appareillage prothétique était en cours et devait permettre une meilleure tolérance à l'endroit du moignon d'amputation, chroniquement sensible. Une reprise du travail même dans un poste adapté n'était actuellement pas envisageable en raison d'un handicap majeur affectant l'ensemble du MID aussi bien pour ses déplacements qu'en position assise de manière prolongée. Une consultation auprès de l'Unité d'antalgie était à envisager.

Par rapports des 22 octobre 2002 et 18 novembre 2002 à l'OAI, le Dr H._____ a indiqué que le problème de l'appareillage n'était toujours pas résolu, une nouvelle prothèse étant en cours de confection, laquelle devait permettre une meilleure tolérance à l'endroit du moignon, chroniquement sensible à l'endroit de la myoplastie. Une réinsertion professionnelle éventuelle n'était actuellement pas envisageable, la position assise étant mal tolérée, ainsi que le moindre déplacement ou maintien prolongé de la position debout.

Dans un certificat médical intermédiaire LAA du 11 mars 2003 à S._____ Assurances, le Dr C._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a exposé que l'intervention chirurgicale de mars 2002 n'avait pas donné les résultats escomptés et qu'il y avait toujours des difficultés d'adaptation de la prothèse.

Par décisions des 29 juillet et 12 septembre 2003 confirmant une communication du 17 juin 2003, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} août 2000.

Le 24 novembre 2003, le Dr V._____, médecin responsable du J._____, a procédé à l'implantation d'une électrode médullaire test par appareil qui a dû être retirée une semaine plus tard.

Dans un rapport médical du 18 juin 2004 à S._____ Assurances, le Dr C._____ a rappelé que son patient présentait des complications inhabituelles, à savoir des douleurs chroniques répondant mal au traitement, des troubles neurovégétatifs du moignon, des difficultés d'adaptation de la prothèse, des troubles de la cicatrisation, ainsi qu'une tendinite rotulienne sévère à droite résistante. Le traitement des troubles de la cicatrisation et des troubles neurovégétatifs étaient pris en charge par la Dresse W._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, le traitement antalgique par l'anesthésiste [antalgiste], l'adaptation de la prothèse et le suivi orthopédique global, par l'orthopédiste et le bottier orthopédiste. Quant à la coordination et la prise en charge plus globale, elles étaient du ressort du médecin traitant. Selon le Dr C._____, la majorité des complications devait se terminer environ en juin 2005.

Dans un certificat médical intermédiaire LAA du 7 août 2004, le Dr V._____ a fait état comme genre de traitement de « test de méd. [médecine] intrathécale puis pose de pompe IT ».

Dans un certificat médical intermédiaire LAA du 20 décembre 2004, le Dr V._____ a précisé qu'il n'y avait plus de traitement pour le moment.

Dans un certificat médical intermédiaire LAA du 31 janvier 2005, le Dr C._____ a indiqué à la question de savoir « quels traitements ont été appliqués et/ou vont-ils encore l'être ? » que l'anesthésiste prévoyait d'autres traitements intrathécaux dans les mois à venir.

Par fax du 21 juillet 2005 à S. _____ Assurances, L. _____ a précisé que le salaire mensuel de l'assuré aurait été de 900 fr. par mois.

Un rapport de scintigraphie osseuse pratiquée le 22 août 2005 a écarté toute activité scintigraphique suspecte d'une algoneurodystrophie de Sudeck.

Au vu de ces éléments, S. _____ Assurances a mandaté le Centre X. _____ de [...] pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer précisément les atteintes séquellaires et l'exigibilité. Dans un rapport de synthèse du 21 décembre 2005, les Drs K. _____, spécialiste en neurologie, Q. _____, spécialiste en orthopédie et S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics de fracture étagée du fémur droit, de fracture du plateau tibial externe droit, de fracture comminutive ouverte de la partie distale de la jambe droite se terminant en amputation, de lombalgies, d'hyperesthésie du moignon sans névrome certain palpable et de séquelles discrètes d'un état de stress post-traumatique. Ils ont estimé que les affections concernant le membre inférieur droit étaient la conséquence directe de l'accident. Quant aux douleurs décrites au niveau du genou gauche qui n'avaient pas de substrat clinique à l'examen clinique et les lombalgies, elles n'étaient que possiblement en rapport avec l'accident et ses suites, par troubles de la marche et surcharge du membre inférieur gauche. Quant à la question de savoir quelle était la suite du traitement, les experts ont indiqué ce qui suit (réponse à la question 6.2) :

« Toutes les techniques chirurgicales, adaptation de la prothèse ainsi que les traitements de stimulation au niveau du moignon semblent s'être avérés inefficaces.

Il n'y a pas véritablement d'explication mécanique à ces douleurs, on relèvera notamment le 22.08.2005 une scintigraphie osseuse ne montrant pas une hypercaptation dans la région du moignon.

En revanche, l'orthopédiste est frappé au jour de l'examen par une démarche avec boiterie également du membre inférieur gauche et l'usure du bord externe de la chaussure gauche.

Il n'y a pas d'explication de positionnement anatomique du pied gauche pour expliquer cette usure extrême de la chaussure sur le flanc externe, elle est probablement due à un élément dynamique

dans la démarche qui entraîne le fait de se pencher plus à gauche pour déplacer le membre inférieur droit, en sollicitant donc essentiellement une rotation du bassin plus que les mouvements harmonieux de flexion de hanche et du genou pour avancer le membre inférieur droit.

Si tant est que l'on puisse obtenir une collaboration active de A. _____ dans un programme de rééducation, il nous apparaît qu'une amputation mi-jambe avec une bonne mobilité du genou et un appareil extenseur compétent devrait permettre une démarche bien meilleure.

L'amélioration de la démarche devrait permettre l'économie du rachis lombaire actuellement sollicité de manière inadéquate, puis dans la mesure du possible l'abandon de la canne à gauche également délétère.

Les chances de succès dépendent de la collaboration de A. _____ à cette rééducation à la marche.

Sur le plan antalgique, il n'y a pas de mesures additionnelles à proposer puisque tous les antalgiques ont été tentés de même que les antidépresseurs et les antiépileptiques ainsi que la stimulation épimédullaire. Il s'agit donc de poursuivre le traitement actuellement en cours (Tramal ; Tégrétol ; Dafalgan et Temesta), sans autre ».

Les experts ont en outre précisé qu'ils ne pouvaient prétendre que si les traitements proposés n'étaient pas appliqués, il y aurait une notable détérioration de l'état de santé de l'assuré. Les mesures pouvaient cependant améliorer le confort et notamment diminuer les douleurs, mais aussi augmenter la capacité de travail et/ou de rendement. S'agissant de la capacité de travail, les experts ont considéré que l'activité de jardinier ne pouvait plus être raisonnablement exigée. L'assuré ne pouvait en effet plus exercer une activité professionnelle essentiellement debout avec des déplacements ou le port de charges. Par contre, ils ont estimé qu'une activité sédentaire était exigible en position essentiellement assise, avec des petits déplacements sans charge, soit une activité de bureau ou assis à l'établi, de surveillance d'écrans, etc. La capacité de travail était totale avec une diminution de rendement de 30% si les mesures thérapeutiques suggérées n'étaient pas appliquées. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité corporelle, elle a été évaluée à 35% (table de la SUVA 4, position 12 et 13, amputation jambe).

Par courriers des 20 janvier et 10 mars 2006, S._____ Assurances a invité le conseil de l'assuré à lui faire part des intentions de son client à propos de la mesure proposée par le collège d'experts.

Par lettre du 21 février 2006 à S._____ Assurances, le mandataire de l'assuré a en partie contesté les conclusions des experts, estimant notamment que l'intéressé ne pouvait effectuer un travail même assis compte tenu des douleurs énormes qu'il présentait. Il a remis à S._____ Assurances des questions complémentaires à poser aux experts dont notamment le fait de connaître exactement l'augmentation du rendement qui pourrait intervenir si l'opération préconisée était pratiquée. En effet, de l'avis même de son client, même si une telle opération était souhaitable dans l'hypothèse où elle permettrait de réduire les douleurs, son rendement resterait extrêmement réduit pour ne pas dire nul, de sorte qu'il y avait lieu, en tout état de cause, d'admettre une incapacité de travail à 100%, comme l'avait fait l'assurance-invalidité.

Dans un complément d'expertise du 23 mars 2006, le Dr Q._____ a indiqué que l'atteinte à l'indemnité corporelle était de 50% et non 35% compte tenu de l'art. 13 litt. B ch. 2 des conditions générales de S._____ Assurances. Il a confirmé que l'assuré pouvait retrouver une capacité de travail dans une activité en position assise et en sollicitant peu le membre inférieur droit. En ce qui concernait les douleurs dont se prévalait l'assuré, elles n'étaient pas corroborées par des examens objectifs dans le cadre de l'expertise. L'expert a en outre indiqué qu'une amputation mi-jambe bien appareillée pourrait permettre une démarche pratiquement normale, une sollicitation moins importante du rachis, ainsi que la récupération d'une capacité de travail en position assise avec de petits déplacements. Enfin, si d'emblée l'assuré estimait que l'amputation complémentaire pour corriger son moignon n'améliorerait pas sa situation, il ne fallait surtout pas la lui proposer.

Par décision du 20 juillet 2006 [recte : juin, compte tenu du duplicata d'envoi recommandé], S._____ Assurances a mis un terme,

avec effet au 30 avril 2006, au traitement médical – sous réserve d'un programme de rééducation – et aux indemnités journalières.

Par décision du 20 juin 2006, S. _____ Assurances a octroyé une rente d'invalidité de 14%, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité ascendant à 34'020 francs.

Dans son opposition du 13 juillet 2006, l'assuré a principalement contesté la fin du droit au traitement médical et au versement des indemnités journalières, ainsi que le calcul du taux d'invalidité. Il a ajouté qu'il était disposé à se soumettre à une amputation complémentaire et à collaborer de manière active à un programme de rééducation en différant toutefois l'opération de six à sept mois pour des raisons personnelles et médicales.

b) Dans l'intervalle, l'assuré a déposé le 25 juillet 2000 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'une rente en raison de l'amputation d'une jambe (droite).

Comme déjà mentionné sous considérant Aa), l'OAI a pris en charge une observation professionnelle au Centre X. _____ du Centre Z. _____ à [...] afin de définir une activité adaptée à son état de santé. Le rapport de synthèse du 23 octobre 2001 établi par le Centre X. _____ concluait alors à l'inaptitude, vraisemblablement provisoire, de l'assuré à être réadapté dans le circuit économique normal, même à temps partiel.

Par avis médical du 26 février 2003, le Dr P. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a retenu que la capacité de travail résiduelle même dans une activité sédentaire prédominante apparaissait comme nulle encore actuellement, la situation médicale n'étant pas stabilisée. Il préconisait l'octroi d'une rente d'invalidité compte tenu d'une incapacité de travail à 100% et une « *révision dans un an : situation médicale stabilisée alors ?* ».

Par décisions des 29 juillet et 12 septembre 2003, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} août 2000.

c) Dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-accidents, S. _____ Assurances a, par courrier du 20 décembre 2006, sollicité de l'assuré des informations quant à ses démarches et intentions à propos de l'intervention dont il était question dans son opposition du 13 juillet 2006.

Par courrier du 16 février 2007 à S. _____ Assurances, le Dr R. _____, médecin adjoint au service de traumatologie du M. _____, a mentionné que l'assuré l'avait consulté afin d'examiner si une amélioration de ses douleurs au moignon et de ses lombo-sciatalgies (dues à une mauvaise démarche en relation avec une épargne d'appui de son membre inférieur gauche au sol, consécutive à ses douleurs) était possible. Après un examen clinique, le Dr R. _____ a préconisé une exploration chirurgicale avec excision des névromes.

A la demande de S. _____ Assurances du 2 août 2007, les Drs Q. _____ et S. _____ du Centre X. _____ ont, par courrier du 28 août 2007, estimé que l'indication était médicalement justifiée sans garantie de résultat, ajoutant qu'après un délai post-opératoire de six à huit semaines et avec une prothèse adaptée comme elle semblait l'être actuellement, l'assuré devait être en mesure de reprendre une activité professionnelle adaptée telle qu'attestée dans les précédents rapports.

L'assuré a finalement subi une intervention le 26 octobre 2007, soit une révision du moignon d'amputation de la jambe droite avec résection d'un névrome affectant une branche du sciatique poplité externe.

Suite au questionnaire de S. _____ Assurances du 14 août 2008, le Dr R. _____ a, dans un rapport du 11 septembre 2008, indiqué qu'à la suite de l'intervention effectuée en octobre 2007, le résultat était

relativement mince. Il avait amélioré la forme du moignon, enfoui un névrome dans la musculature pour supprimer les zones d'appui et les douleurs, mais le névrome s'était malheureusement reconstitué en sous aponévrotique et la pression dans cette zone était actuellement déclarée douloureuse et invalidante. Il a estimé que le traitement orthopédique était terminé sous réserve de la possibilité d'une éventuelle consultation auprès d'un spécialiste de la douleur. Il a attesté une totale incapacité de travail du 25 octobre 2007 au 31 mars 2008, date à laquelle le patient était apte à un reclassement professionnel avec le taux de capacité déjà mentionné dans son courrier du 16 mai 2008 [soit celui adressé à Me Bauer par lequel il lui a fait savoir qu'à son avis, le patient était capable de reprendre un travail au moins à 75% voire à 100%].

Par certificat médical du 16 décembre 2008, le Dr C. _____ a confirmé qu'il n'y avait plus de traitement orthopédique à envisager. S'agissant du syndrome de stress post-traumatique, il a indiqué qu'il convenait de s'adresser directement au Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il a attesté une totale incapacité de travail pour des causes mixtes, physiques et psychiques.

Dans un rapport du 21 avril 2009 à S. _____ Assurances, le Dr H. _____ a précisé que son patient l'avait consulté pour un contrôle le 1^{er} octobre 2008 et qu'il avait relevé l'absence d'amélioration significative sur son tableau clinique douloureux, malgré la prise en charge chirurgicale. Il a en outre relevé ce qui suit :

« (...).

Actuellement et malgré les multiples interventions et tentatives d'optimisation du traitement orthopédique conservateur, persistance d'un tableau clinique invalidant au quotidien, entravant de manière systématique la déambulation et les changements de position, essentiellement à l'endroit du genou droit, du moignon d'amputation homolatéral et de la région lombaire inférieure.

Le pronostic demeure réservé, compte tenu l'incompétence fonctionnelle douloureuse persistante à assurer une mise en charge complète sur le membre inférieur droit, par l'intermédiaire de la prothèse de jambe. Ce tableau clinique participe à la décompensation douloureuse régulière de lombalgies inférieures, sans radiculgies déficitaires, susceptibles d'aggravation. Les troubles dégénératifs affectant son genou droit, objectivés à

l'occasion d'un bilan radiologique effectué le 27 juin 2008, touchant essentiellement les compartiments fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire, ainsi que l'articulation tibio-péronière proximale au membre inférieur droit, sont susceptibles d'aggravation ».

Le 10 juin 2009, le Dr D._____ a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis le 9 juillet 2008 (neuf consultations jusqu'à présent) lequel lui avait été adressé par le Dr C._____. Il a posé les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique F43.1 et status post-amputation du membre inférieur droit. En raison de la chronicisation de la symptomatologie et de la mauvaise tolérance médicamenteuse, il a adressé le patient au Dr F._____ pour une prise en charge EMDR. Sur le plan psychique essentiellement et en faisant abstraction du status douloureux post-amputation, il a estimé qu'une « capacité de gain » était de 50% dans une activité adaptée.

Au vu de ces éléments, S._____ Assurances a mandaté le 28 août 2009 le Centre X._____ pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire en lui soumettant un questionnaire et ce, dans le but de « refaire le point de la situation médicale pour orienter la gestion du cas ». Dans un rapport de synthèse du 31 mars 2010, les Drs K._____, Q._____, et T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics de fracture étagée du fémur droit, de fracture du plateau tibial externe droit, de fracture comminutive ouverte de la partie distale de la jambe droite se terminant en amputation, de lombalgies, d'hyperesthésie du moignon sans névrome certain palpable et de séquelles discrètes d'un état de stress post-traumatique. Dans le cadre de l'appréciation du cas, ils ont relevé les éléments suivants :

« (...).

Synthèse et conclusions :

Sur le plan orthopédique, status après traumatisme majeur du membre inférieur droit dont l'anamnèse, le status et les résultats des différents traitements ont déjà été évoqués lors d'une expertise en 2005.

Depuis lors, une révision de moignon d'amputation de la jambe droite n'a amené aucune amélioration.

L'orthopédiste traitant le Dr H. _____ pense qu'une gonarthrose sus-jacente exacerbe les douleurs. Il propose éventuellement une amputation plus proximale.

Le jour de l'expertise, A. _____ se présente non seulement avec des plaintes au niveau du genou droit mais de la cuisse droite, de la région trochantérienne droite (vraisemblablement une bursite), de douleurs lombaires et de douleurs du genou gauche, nous ne pensons pas qu'une amputation plus proximale du MID entraînerait une amélioration quelconque.

Concernant la capacité de travail à un poste adapté, les conclusions sur le plan orthopédique restent inchangées par rapport à l'expertise précédente.

En effet, il y a sur le plan subjectif une péjoration des douleurs du MID proximal et du genou gauche; toutefois sur le plan objectif, cette péjoration ne se manifeste pas de façon spectaculaire à l'examen clinique et les radiographies complémentaires effectuées ne montrent pas non plus de signe d'arthrose justifiant un changement de notre prise de position de 2005.

Sur le plan neurologique, la situation de A. _____ est subjectivement et objectivement en tout point superposable à celle constatée lors de l'expertise de 2005 avec une hyperesthésie du moignon sans névrome certain palpable et des douleurs au niveau des genoux et de la région lombaire d'origine non neurologique et plutôt orthopédique/réactionnelle aux difficultés de déplacement.

A cela s'ajoutent des troubles du sommeil pour lesquels le bilan polysomnographique a permis d'écarter une apnée du sommeil ainsi qu'un syndrome des jambes sans repos ou des mouvements périodiques des membres inférieurs, démontrant un trouble de l'architecture du sommeil vraisemblablement réactionnel aux douleurs présentées par A. _____.

Il n'y a pas de mesures additionnelles de traitement à proposer, toutes les tentatives potentielles de traitement ayant déjà été effectuées.

En ce qui concerne la capacité de travail, la situation reste également superposable à celle de 2005 avec une incapacité de travail définitive dans l'activité de jardinier, mais une capacité de travail à plein temps dans une activité sédentaire en position essentiellement assise avec de petits déplacements sans charge où l'on retiendra toujours une diminution de rendement d'environ 30% en raison des douleurs.

Sur le plan psychique, sur la base de ces éléments, A. _____ présente toujours quelques symptômes de stress post-traumatique. Il décrit d'importantes ruminations en lien avec l'accident. Son comportement est marqué par des attitudes d'évitement de toutes situations rappelant l'accident. Par exemple, l'assuré décrit des réactions émotives lorsqu'il entend une ambulance. Nous avons aussi pu objectiver des réactions neurovégétatives d'angoisse manifeste lors de l'entretien et une forte tension psychique.

Lors de l'évaluation de 2005, le diagnostic de séquelles discrètes d'un état de stress post-traumatique était retenu. On peut donc considérer qu'il y a une aggravation symptomatologique entre 2005 et la présente évaluation. En reprenant le rapport d'expertise médicale de 2005, nous constatons qu'il y a une aggravation de la

symptomatologie anxieuse. Divers traitements psychotropes ont été prescrit[s] par son médecin traitant et depuis un an, l'assuré bénéficie d'un suivi psychothérapeutique. Nous avons la forte impression que des facteurs intercurrents (suppression de prestations AI pour A. _____ en 2009 et pour son épouse il y a trois ans) génèrent un stress important.

Il est reconnu que les symptômes du stress post-traumatique peuvent fluctuer avec le temps et être plus marqués en période de stress; ces symptômes sont aussi plus marqués en cas de problèmes somatiques (*Kaplan&Sadock'2 Synopsis of Psychiatry 2002, p 630*). Ces deux conditions sont présentes chez A. _____. On assiste donc à une péjoration. Il n'est pas possible de déterminer si la péjoration sera de nature transitoire ou durable, mais pour l'instant nous n'avons pas d'éléments en faveur d'une modification de la personnalité après une exp[é]rience de catastrophe (F62.0).

On admet qu'après une certaine période, la personne qui a présenté un état de stress post-traumatique retrouve une capacité fonctionnelle, même si elle garde encore quelques symptômes dans certaines circonstances notamment. Pour qu'il y ait une aggravation importante, il faudrait un nouvel événement traumatisant, et pas seulement des facteurs intercurrents. L'assuré était considéré fonctionnel en 2005 six ans après l'événement traumatisant, ceci en l'absence de nouveau traumatisme important donne d'autant plus d'importance aux facteurs intercurrents mentionnés actuellement; 11 ans après l'accident.

En second lieu, l'assuré présente un épisode dépressif modéré, sans syndrome somatique (F32.10). L'épisode dépressif est très probablement apparu aussi dans le contexte d'incertitude sociale.

Onze ans après l'accident il n'y a plus de relation de causalité entre les troubles psychiques et l'accident.

La péjoration de l'état psychique est secondaire à des facteurs de stress apparus après l'expertise de 2005 avec au premier plan un épisode dépressif dont l'expression peut aussi être majorée par les douleurs chroniques ainsi que les facteurs intercurrent signalés. Ce type d'affection est aussi connu pour perturber l'architecture du sommeil.

On peut s'attendre à ce que A. _____ prenne son traitement afin que les taux plasmatiques soient dans les zones thérapeutiques ».

Le 5 octobre 2009, le conseil de l'assuré a transmis à S. _____ Assurances un rapport médical du 16 décembre 2008 du Dr C. _____ et un rapport du 4 juin 2009 relatif à une polysomnographie.

Le 29 octobre 2010, S. _____ Assurances a adressé un questionnaire complémentaire aux experts du Centre X. _____, ainsi que les déterminations du mandataire de l'assuré sur le rapport complémentaire d'expertise, par courrier du 23 décembre 2010.

Par courrier du 20 janvier 2010 [recte : 2011], les experts du Centre X. _____ ont répondu aux différentes questions soumises par S. _____ Assurances.

Par courrier du 31 mars 2011, le mandataire de l'assuré a indiqué qu'il ne pouvait admettre pour l'essentiel les conclusions des experts et faisait dès lors toutes réserves à leur sujet. Il a en outre produit l'avis du Dr D. _____ du 28 mars 2011 sur son état psychique.

Par décision sur opposition du 24 octobre 2011, S. _____ Assurances a partiellement admis l'opposition formée par l'assuré et a réformé la décision attaquée, en ce sens qu'elle a pris en charge les frais de l'intervention du 26 octobre 2007 et les frais de traitement consécutifs et a continué à prendre en charge, ainsi que déjà décidé en 2006, les frais de traitements et de soins indispensables à la conservation de sa capacité résiduelle de gain (art. 21 LAA). Elle a reconnu à l'assuré, en lieu et place de la rente d'invalidité, le droit à des indemnités journalières pour la période allant du 25 octobre 2007 au 31 mars 2008 couvrant une incapacité totale. Elle a octroyé à l'assuré dès le 1^{er} mai 2006, sous exception de la période précitée, une rente d'invalidité de 28%. En effet, estimant que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le mois de mai 2006, S. _____ Assurances a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'intéressé. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'588 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans TA1 2004 (total « secteur privé », homme, niveau de qualification 4) en 2004, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises (41.7 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2005 (+1.20%) et d'une perte de rendement de 30%, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 40'640 francs. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 56'300 fr. (les allocations familiales ne devant pas être prises en considération), permettait de constater que le taux d'invalidité était de 28%.

B. Par acte de son mandataire du 18 novembre 2011, A. _____ recourt contre la décision sur opposition du 24 octobre 2011 et prend les conclusions suivantes :

« 1) Annuler la décision sur opposition de la S. _____ Assurances du 24 octobre 2011 et, partant, la décision du 20 juin 2006 (portant par erreur la mention du 20 juillet 2006) de la même S. _____ Assurances dans la mesure où elles limitent indûment la durée du paiement des frais médicaux et des indemnités journalières et limitent également indûment le montant de la rente d'invalidité dû et, partant,

2) a) Dire que la S. _____ Assurances doit, en tout état de cause, payer l'intégralité des frais médicaux pour les traitements consécutifs à l'accident du 25 août 1999 du recourant jusqu'au 31 mars 2008,

b) et dire que la S. _____ Assurances doit continuer à prendre en charge après le 31 mars 2008 les frais de traitement et de soins indispensables à la conservation de l'éventuelle capacité résiduelle de gain du recourant au sens de l'art. 21 LAA, pour le cas où, contre toute attente, le Tribunal n'admettrait pas un droit à une rente d'invalidité basée sur un taux d'incapacité de 100%.

3) Dire que la S. _____ Assurances doit verser au recourant des indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail de 100% du 1^{er} mai 2006 au 31 mars 2008.

4) Dire que la S. _____ Assurances doit verser au recourant une rente d'invalidité calculée sur un taux d'invalidité de 100% (subsidièrement tout autre taux à dire de justice) d'un montant mensuel de Fr. 4'000.- à compter du 1^{er} avril 2008.

5) Avec suite de frais et dépens ».

Le recourant allègue tout d'abord qu'il n'était pas possible de mettre un terme à la prise en charge des frais médicaux au 30 avril 2006 dès lors que des traitements étaient encore nécessaires. En limitant indûment la prise en charge des frais médicaux à l'intervention du 26 octobre 2007 postérieurement au 30 avril 2006, l'intimée a violé l'art. 19 LAA, dès lors que la prise en charge doit être totale et sans restriction jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente. Il ajoute qu'au moment de la décision du 20 juin 2006, le traitement médical n'était pas encore terminé et l'intervention chirurgicale de 2007 avec excision des névromes était une démarche médicale absolument indispensable avant de pouvoir traiter la question du droit à la rente d'invalidité LAA. Par conséquent, l'intimée devait verser les indemnités journalières à 100% jusqu'au 31 mars 2008 et cela sans arrêt depuis le 30 avril 2006, sous

déduction des rentes d'invalidité versées pendant dite période. S'agissant du droit à la rente d'invalidité, le recourant conteste la valeur probante des rapports d'expertise du Centre X. _____ et rappelle que par lettre du 17 novembre 2010, ils avaient sollicité la nomination d'un nouvel expert. Il critique ainsi l'appréciation des experts sur la question des troubles du sommeil laquelle n'est basée sur aucune preuve scientifique que d'autres causes pourraient être à l'origine, alors qu'ils ont une influence sur sa capacité de travail. Il allègue en outre que le syndrome post-traumatique existait immédiatement après l'accident, même s'il n'avait pas d'emblée été mis en évidence par les divers médecins. Il relève que sur cette question, l'appréciation des experts est contradictoire, en ce sens qu'ils admettent une péjoration de l'état psychique, précisant même qu'il s'agit d'une séquelle du syndrome post-traumatique, mais qu'il ne subit pas en raison des suites de l'accident, une atteinte durable à son intégrité psychique. Il rappelle en outre que le Centre X. _____ avait admis dans son rapport du 21 décembre 2005 une atteinte à l'intégrité pour les séquelles de l'état de stress post-traumatique, même s'il l'a fixé à moins de 5%. Il reproche en outre aux experts de s'être livrés à des généralisations sans aucune valeur scientifique et de ne pas avoir fourni de preuve scientifique en affirmant que l'aggravation du syndrome post-traumatique ne serait pas liée à l'accident, mais à d'autres facteurs. En définitive, il soutient qu'une rente entière d'invalidité LAA doit lui être octroyée compte tenu de ses séquelles physiques et psychiques. Il fait également référence à une arthrose tri-compartmentale sévère au niveau du compartiment interne et un début d'arthrose du genou gauche entraînant une atteinte significative de la cinétique de la marche et de la répartition du poids corporel des deux genoux. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, si l'autorité de céans ne lui reconnaît pas une rente entière d'invalidité LAA. Il critique enfin le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimée. Ainsi, dans la mesure où le droit à la rente devait débiter le 1^{er} avril 2008, le gain annuel assuré de 58'940 fr. et le gain de valide déterminant doivent être revus. Il indique par ailleurs qu'il y a lieu de prendre en compte une incapacité de travail à 100% et non pas uniquement une baisse de rendement de 30%. Il précise à cet effet que si en définitive, l'autorité de recours conclut à une

invalidité inférieure à 100%, il y a lieu de retenir un taux d'abattement de 25% en sus d'une baisse de rendement, pour tenir compte de son âge (52 ans en 2008), de sa nationalité portugaise et que sa capacité d'exercer une activité de type manuel et visuel s'exerçant en particulier sur un écran est quasi inexistante du fait qu'il a toujours uniquement exercé des activités basées sur la force (maçon et jardinier) et qu'il a quitté l'école à l'âge de 12 ans. Il rappelle à cet effet que dans le cadre de sa décision du 20 juin 2006, l'intimée avait retenu un taux d'abattement de 10%. Il allègue que le calcul effectué par l'intimée est arbitraire, le gain de valide déterminant étant inférieur au gain d'invalidité avant prise en compte de la perte de rendement. Il appartiendra en outre à l'intimée de communiquer au Tribunal les nouveaux revenus à prendre en considération pour l'année qui précède la date du 1^{er} avril 2008 afin qu'il puisse fixer le montant de la rente due, qu'il estime à 4'000 francs.

Dans sa réponse du 3 février 2012, l'intimée propose le rejet du recours et la confirmation de la décision entreprise.

Dans sa réplique du 27 février 2012, le recourant confirme les conclusions de son recours et conteste pour l'essentiel les motifs de la réponse de l'intimée. Il dépose un lot de six pièces.

Dans sa duplique du 27 avril 2012, l'intimée ne conteste pas que le névrome évoqué par le Dr R. _____ n'était pas un élément nouveau. Le recourant n'ayant pas souhaité se soumettre à une amputation mi-jambe, l'intimée a estimé que l'état de santé final était atteint avec pour effet l'ouverture du droit à la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'intervention postérieure moins radicale et d'une portée moindre est venue interrompre momentanément cette situation de fait et de droit, soit la reconnaissance d'une incapacité de travail de durée limitée. S'agissant du taux d'abattement, l'intimée est d'avis que cela reviendrait à tenir compte deux fois des mêmes limitations.

Dans ses déterminations du 15 mars 2013, l'intimée indique que l'OAI lui a soumis un projet de décision de suppression de la rente AI de l'assuré le 11 mars 2013 et fait état d'un rapport d'expertise psychiatrique, raison pour laquelle l'intimée sollicite la production du dossier de l'AI actualisé, puis un délai pour déposer des déterminations après consultation du dossier.

Le 26 mars 2013, la juge alors en charge du dossier a sollicité de l'OAI la production du dossier complet de l'assuré.

Il ressort notamment que l'OAI a procédé à une révision de la rente le 11 septembre 2005.

Le 24 mars 2009, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision de suppression de la rente d'invalidité avec effet dès le premier jour du 2^{ème} mois suivant la notification de la décision. Il a ainsi considéré que depuis la fin 2003, sa capacité de travail dans l'exercice d'une activité adaptée, soit évitant les activités exercées essentiellement debout avec des déplacements ou le port de charges, serait de 100% avec un rendement de 70%, la capacité de travail dans l'activité exercée étant nulle. Procédant à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, il a conclu que le taux d'invalidité, respectivement la perte de gain était de 11%, taux insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité.

Dans un rapport du 13 février 2012 à l'OAI, le Dr D. _____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique et de trouble de stress post-traumatique (PTSD) séquellaire. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de son patient, car la chronicisation de la situation et les enjeux asséculo-logiques ne permettaient pas une évaluation sereine et objective. Son constat médical était comparable au compte-rendu du Dr T. _____ lors de son expertise du 7 mai 2010 [recte : 31 mars 2010 ?]. Il a qualifié le pronostic de réservé en raison des plaintes algiques et du rétrécissement du focus sur l'événement traumatique et un sentiment de préjudice prégnant mais non délirant. Le traitement actuel était un entretien de soutien.

Au vu de ces éléments, l'OAI a mandaté le E. _____, pour la réalisation d'une expertise. Dans un rapport du 30 août 2012 faisant suite à un entretien avec l'assuré du 30 mai 2012, l'expert du E. _____ a estimé que les diagnostics de stress post-traumatique existant depuis la date de l'accident et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité légère, n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Il a qualifié l'intensité des symptômes de stress post-traumatique de modérée et la dépression de légère selon l'échelle d'Hamilton. Il a conclu à l'absence d'aggravation significative de l'état clinique de l'assuré par rapport à celui décrit lors des expertises précédentes.

A la demande de l'OAI du 24 janvier 2013, le E. _____ a rendu le 7 février 2013 un complément d'expertise. Il a précisé qu'en l'absence d'aggravation significative depuis l'expertise pluridisciplinaire réalisée par le Centre X. _____ de 2010 et en présence d'une symptomatologie d'intensité légère au moment de l'expertise, il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions du Centre X. _____ de 2010. Il a en outre expliqué les motifs pour lesquels il s'écarterait de l'appréciation du Dr D. _____.

Par décision du 17 juin 2013 confirmant un projet de décision du 24 mars 2009, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité avec effet dès le premier jour du 2^{ème} mois suivant la notification de la décision. Il a retenu une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 30% justifiée sur le plan somatique tel que le retenait le Centre X. _____ en décembre 2005. L'OAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'intéressé. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'557 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (production et services) en 2002, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2002 (41.7 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2002 à 2003 (+1.40%) et d'une baisse de rendement de 30%, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 40'464 fr. 33. Un tel revenu,

comparé au gain de valide de 45'500 fr. (que l'assuré aurait perçu s'il avait poursuivi son activité auprès de G._____, soit 3'500 fr. mensuel brut X 13) permettait de constater que le taux d'invalidité, respectivement la perte de gain était de 11%, taux insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité.

Ce prononcé a fait l'objet d'un recours devant la Cour de céans laquelle l'a rejeté par arrêt séparé de ce jour (AI 184/13 - 9/2016).

Le 11 juillet 2013, le recourant conteste que son état de santé se soit amélioré depuis 2003, puisque des troubles psychiques importants sont apparus. Dans l'hypothèse où son état de santé se serait amélioré depuis 2003, c'est une invalidité de 60% qui devrait être constatée, soit l'invalidité pour des raisons psychiques, le taux d'abattement de 20% et la perte de rendement de 30%.

Dans ses déterminations du 11 juillet 2013, l'intimée relève que l'instruction mise en œuvre par l'OAI ne fait que confirmer les évaluations médicales précédentes et par conséquent le bien-fondé de la décision rendue par l'assureur-accidents. Ainsi, dans son rapport d'expertise du 30 août 2012, le E._____ a expliqué de manière circonstanciée et convaincante les raisons pour lesquelles il écartait toute incapacité de travail pour des raisons psychiatriques, notamment de l'avis du Dr D._____. L'intimée constate que l'OAI a conclu à un taux d'invalidité de 11% en retenant un revenu d'invalidité de 40'464 fr. 33 (valeur 2003) et un revenu sans invalidité qui ne tient pas compte du revenu réalisé auprès de L._____. Cela ne joue toutefois aucun rôle pratique, puisque le taux est de toute manière inférieur à celui ouvrant le droit à une rente d'invalidité.

Dans son écriture du 21 août 2013, le recourant soutient que le E._____ n'a pas motivé sa conclusion selon laquelle les troubles psychiques seraient sans influence sur sa capacité de travail. Il critique le taux d'invalidité de 28% retenu par l'intimée, car il ne tient pas compte

des troubles psychiques, de la perte de rendement de 30% attestée médicalement et d'un abattement de 20%.

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 sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, la valeur litigieuse excède manifestement 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01] ; art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile (art. 60 LPGA) devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimée postérieurement à la date du 30 avril 2006.

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

3. In casu, par décision du 20 juin 2006, S. _____ Assurances a mis un terme avec effet au 30 avril 2006 au traitement médical, sous réserve de l'art. 21 LAA (« pour l'heure en suspens un programme de

rééducation à la marche »), et aux indemnités journalières et a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 14%, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 34'020 francs. Par décision sur opposition du 24 octobre 2011, S._____ Assurances a partiellement admis l'opposition formée par l'assuré, en ce sens qu'il a pris en charge les frais de l'intervention du 26 octobre 2007 et les frais de traitement consécutifs, ainsi que les frais de traitements et de soins indispensables à la conservation de sa capacité résiduelle de gain (art. 21 LAA) comme décidé en 2006. S._____ Assurances a en outre reconnu à l'assuré le droit à des indemnités journalières couvrant une incapacité totale (soit du 25 octobre 2007 au 31 mars 2008) en lieu et place de la rente d'invalidité. Enfin, la rente mensuelle d'invalidité était calculée sur un taux d'invalidité de 28%, exception faite de la période allant du 25 octobre 2007 au 31 mars 2008.

L'assuré conteste pour sa part principalement la stabilisation de son état de santé, se prévalant de la persistance d'une importante symptomatologie douloureuse affectant son membre inférieur droit et concluant au versement d'indemnités journalières du 1^{er} mai 2006 au 1^{er} avril 2008, puis d'une rente d'invalidité de 100% en raison de ses atteintes somatiques et psychiques. Enfin, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui a été déterminé en sa faveur par l'intimée n'est pas contesté.

Au vu de l'ensemble de ces griefs, il s'agira en premier lieu de se prononcer sur la situation médicale du recourant, pour autant que les pièces médicales à disposition permettent de statuer sur les droits litigieux, ce aussi bien sur le plan physique que psychique. Pour autant que l'on parvienne à la conclusion selon laquelle l'état de santé du recourant est effectivement stabilisé, il conviendra en second lieu de se pencher sur la détermination du degré d'invalidité de l'assuré.

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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).

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 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 (art. 19 al. 1, 1^{ère} phrase, LAA). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n°153 p. 895; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 274 et 372).

Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2^{ème} phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid.4.1 p.113 sv. ; 133 V 57 consid. 6.6.2 p. 64).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves en droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références).

En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit. Elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

c) Il en va différemment en matière de troubles psychiques. La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime.

Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir

également : Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n°89 ss). Le Tribunal fédéral a encore récemment précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.1 et les références citées ; 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2).

Dans la pratique, ont été classés parmi les accidents de gravité moyenne à la limite supérieure les accidents ayant occasionné les lésions d'un membre supérieur suivantes : l'amputation totale du pouce, de l'index, du majeur et de l'annulaire, et partielle de l'annulaire chez un serrurier dont la main droite s'était trouvée coincée dans une machine (TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 233/95 du 13 juin 1996), ainsi que l'amputation du petit doigt, de la moitié de l'annulaire et des deux-tiers de l'index chez un aide-scieur dont la main gauche avait été atteinte (TFA U 280/97 du 23 mars 1999 publié in : RAMA 1999 U 346 p. 428). En revanche, a été jugé comme étant de gravité moyenne l'accident subi par un scieur dont la main gauche avait été prise dans la chaîne de la machine avec pour résultat une amputation de l'annulaire, un annulaire douloureux et une atrophie des autres doigts (TFA U 5/94 du 14 novembre 1996), de même que celui dont a été victime un aide-serrurier avec une scie entraînant l'amputation des extrémités de deux doigts à la main droite et de trois doigts à la main gauche (TFA U 185/96 du 17 décembre 1996) ou encore l'accident ayant causé un raccourcissement du pouce phalangien d'un demi-centimètre et un index hypoesthésique (TFA U 25/99 du 22 novembre 2001 publié in : RAMA 2002 U 449 p. 53 ; pour une vue d'ensemble de la casuistique voir TF 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.2 ; également TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.3 et 8C_78/2013 du 19 décembre 2013 consid. 4.3.1).

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles

psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques, à l'exclusion des aspects psychiques de l'état de santé (ATF 129 V 402 consid. 4.1.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais eu égard à l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;
- les douleurs physiques persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles au regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière

particulièrement importante (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3).

Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et bb ; 115 V 403 consid. 5c/aa et bb ; TF U 308/06 du 26 juillet 2007 consid. 4).

On ajoutera que dans l'arrêt mentionné supra sous considérant 3.4, publié in : RAMA 2002 U 449 p. 53 consid. 4b, le Tribunal fédéral des assurances a renoncé à admettre ou à exclure de manière générale et définitive que des blessures à la main chez un travailleur manuel soient propres à réaliser le critère de gravité ou de la nature particulière des lésions physiques susceptibles d'entraîner des troubles psychiques.

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de

preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin

indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n°15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

c) L'on ajoutera que l'allégation de douleurs ne saurait suffire pour justifier une invalidité au vu des difficultés, en matière de preuve, à établir leur existence. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, de telles plaintes doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; TF I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 et la référence citée).

d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n°10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

6. En l'occurrence, il convient dans un premier temps de déterminer si l'état de santé de l'assuré pouvait être considéré comme stabilisé le 1^{er} mai 2006, autorisant ainsi l'intimée à mettre fin au versement des indemnités journalières à compter de la date précitée. Le recourant conteste la valeur probante des rapports d'expertise du Centre X._____ et rappelle que par lettre du 17 novembre 2010, il avait sollicité la nomination d'un nouvel expert. Il critique ainsi l'appréciation des experts sur la question des troubles du sommeil et du syndrome post-traumatique lequel existait immédiatement après l'accident, même s'il n'avait pas d'emblée été mis en évidence par les divers médecins.

a) Il sied de relever que sur le plan somatique, l'assuré a rencontré dès 2000, soit dès la remise de la première prothèse, des difficultés d'adaptation de l'appareillage prothétique à l'endroit du moignon d'amputation. Ainsi, après avoir porté deux prothèses dès 2000, l'assuré a consulté en juin 2001 le prothésiste Z._____ qui lui a proposé une troisième prothèse, en raison d'un moignon blanc et froid consécutif à un appui mal réparti sur la prothèse (entretien téléphonique du 13 juin 2001 avec S._____ Assurances). L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a précisé à S._____ Assurances le 24 octobre 2001 que sa nouvelle prothèse n'était toujours pas au point et qu'il y avait lieu de procéder à un certain nombre de retouches. Finalement, le 18 mars 2002, le Dr H._____ a procédé à une reprise chirurgicale (ablation du matériel

d'ostéosynthèse au fémur droit, au tibia proximal droit et révision du moignon d'amputation de la jambe homolatérale pour suspicion d'enclavement névralgique à l'endroit de la myoplastie de recouvrement), précisant en octobre 2002 que la confection d'un nouvel appareillage prothétique était en cours et devait permettre une meilleure tolérance à l'endroit du moignon d'amputation, chroniquement sensible. Une reprise du travail même dans un poste adapté n'était actuellement pas envisageable en raison d'un handicap majeur affectant l'ensemble du membre inférieur droit aussi bien pour ses déplacements qu'en position assise de manière prolongée (certificat médical intermédiaire LAA du 9 octobre 2002 à S._____ Assurances). Les Drs H._____ et C._____ ont confirmé postérieurement des difficultés d'adaptation de la prothèse (certificats médicaux intermédiaires LAA des 9 octobre 2002, 7 janvier 2003 et 11 mars 2003). Par la suite, soit en 2004, le Dr V._____ a procédé à plusieurs tentatives de traitement (mise en place d'une stimulation épi médullaire, puis d'une pompe intrathécale ; certificats intermédiaires LAA des 7 août et 20 décembre 2004 et rapport médical du 18 juin 2004). Le 31 janvier 2005, le Dr C._____ a évoqué l'équivalent d'une maladie de Sudeck et précisé que l'anesthésiste prévoyait d'autres traitements intrathécaux. Toutefois, une scintigraphie osseuse pratiquée le 22 août 2005 a écarté toute activité scintigraphique suspecte d'une algoneurodystrophie de Sudeck. Sur le plan antalgique, le Dr V._____ n'a finalement pas proposé de traitement supplémentaire.

C'est dans ce contexte que S._____ Assurances a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire au Centre X._____. Dans leur rapport 21 décembre 2005, les experts du Centre X._____ ont estimé que la prothèse semblait bien adaptée, le moignon étant sans escarre, mais avec un gradient de température distal et une certaine rougeur, une importante hyperesthésie « intéressant la face externe du moignon sans névrome palpable certain » et la percussion du péroné distal sans aucune pointe osseuse. Les experts ont précisé qu'il n'y avait pas d'explication mécanique à ces douleurs, une scintigraphie osseuse du 22 août 2005 ne montrant pas une hypercaptation dans la région du moignon. Quant à la capacité de travail, elle était entière dans une activité adaptée

(sédentaire, en position essentiellement assise, avec des petits déplacements sans charge) avec une diminution de rendement de 30% si les mesures thérapeutiques suggérées n'étaient pas appliquées. Ainsi, à la question de savoir s'il existait encore un traitement à administrer permettant une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré (rapport du 21 décembre 2005, questions 6.1, 6.2 et 6.4, p. 26-28), les experts ont préconisé une amputation mi-jambe avec une bonne mobilité du genou et un programme de rééducation à la marche afin de permettre l'économie du rachis lombaire et l'abandon de la canne à gauche, les chances de succès dépendant de la collaboration du recourant. Les douleurs décrites au niveau du genou gauche sans substrat organique à l'examen clinique et les lombalgies ne semblaient selon les experts que possiblement en rapport avec l'accident et ses suites, par troubles de la marche et surcharge du membre inférieur gauche.

Interpellé par courriers des 20 janvier et 10 mars 2006 sur ses intentions à propos de l'intervention proposée par le collège d'experts (amputation à mi-jambe), le recourant n'a pas donné suite à l'intervention préconisée. Il a en effet relevé que même si une telle opération était souhaitable dans l'hypothèse où elle permettrait de réduire les douleurs, son rendement resterait extrêmement réduit pour ne pas dire nul, de sorte qu'il y avait lieu, en tout état de cause, d'admettre une incapacité de travail à 100%, comme l'avait fait l'assurance-invalidité (lettre du 21 février 2006 à S._____ Assurances). Compte tenu de la position de l'assuré sur ce point, l'expert a estimé qu'il n'y avait plus lieu de lui proposer une telle intervention (complément du 23 mars 2006, p. 3). Sur la base de ces éléments, l'intimée était en droit de considérer que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement médical une sensible amélioration de cet état de santé, sous réserve de la rééducation à la marche. L'indication chirurgicale proposée par le Dr R._____ le 16 février 2007 (révision du moignon d'amputation de la jambe droite avec résection d'un névrome affectant une branche sciatique popliété externe) et réalisée, après réflexion de l'assuré, le 26 octobre 2007 ne permet pas de nier une stabilisation de l'état de santé de l'assuré dès le 1^{er} mai 2006. Le recourant soutient que

cette intervention ne constitue pas un fait nouveau, puisqu'en 2004 déjà, la Dresse W._____ avait évoqué une éventuelle ré-amputation du moignon un peu plus en haut. La Cour de céans rappelle toutefois qu'au vu de la teneur de la lettre du 21 février 2006 de son conseil, le recourant n'envisageait pas une telle intervention dont il estimait qu'elle ne pourrait avoir de conséquences favorables sur sa capacité de travail. Dans son opposition du 20 juin 2006, il a indiqué qu'il était disposé à se soumettre à une opération, mais en la différant de six à sept mois pour des raisons personnelles et médicales. Le fait qu'il ait finalement opté pour une intervention - qui n'était pas celle préconisée par les experts - près de deux ans après le rapport d'expertise du Centre X._____ et après avoir pris connaissance de la décision du 20 juin 2006, ne saurait remettre en cause la capacité résiduelle de travail de l'assuré dès le 1^{er} mai 2006, dès lors qu'une activité adaptée se déroulant essentiellement en position assise était préconisée. On ne saurait donc suivre le recourant lorsqu'il fait état de la persistance d'une incapacité totale de travail entre le 1^{er} mai 2006 et le 24 octobre 2007, soit près de sept ans après l'accident, justifiant le maintien du versement d'indemnités journalières durant cette période. On relèvera que cette intervention n'a finalement pas entraîné d'amélioration sur le plan des douleurs locales, l'assuré qualifiant d'ailleurs la situation de « plutôt pire » (rapport du Centre X._____ du 31 mars 2010, p. 8). Le rapport ultérieur du 31 mars 2010 du Centre X._____ a d'ailleurs conclu à un examen superposable sur le plan orthopédique en ce sens qu'il n'y avait eu aucune évolution significative tant dans le sens d'une détérioration que d'une amélioration depuis 2005, confirmant la capacité de travail, ainsi que les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport de 2005. Les experts ont notamment relevé que sur le plan subjectif, il y avait une péjoration des douleurs du membre inférieur droit proximal et du genou gauche, alors que sur le plan objectif, cette péjoration ne se manifestait pas de façon spectaculaire à l'examen clinique et les radiographies complémentaires effectuées ne montraient pas de signe d'arthrose. S'agissant des troubles du sommeil, les experts ont rappelé qu'un bilan polysomnographique du 4 juin 2009 avait permis d'écarter une apnée du sommeil, ainsi qu'un syndrome des jambes sans repos ou des mouvements périodiques des membres inférieurs,

démontrant un trouble de l'architecture du sommeil. Le complément au rapport d'expertise (rapport du 20 janvier 2011, question n°3 et réponse, p. 19) fait état d'un bilan réalisé le 4 juin 2009 lequel a conclu à la présence de troubles du sommeil modérés sans que des événements respiratoires ou des mouvements des membres inférieurs soient impliqués. Les experts ont dès lors retenu que l'on rencontrait fréquemment de tels troubles, lesquels n'impliquaient pas une relation de causalité probable ou certaine avec l'événement accidentel. A cet égard, le recourant se limite à affirmer de manière péremptoire que les troubles du sommeil sont consécutifs à l'accident litigieux et qu'ils ont une influence sur sa capacité de travail, sans toutefois faire mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés au cours de l'expertise et seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise.

b) Reste donc à examiner si les troubles d'ordre psychique dont est atteint le recourant sont à mettre dans une relation de causalité naturelle et adéquate avec l'événement du 25 août 1999.

Lors de l'évaluation de 2005, si le diagnostic de séquelles discrètes d'un état de stress post-traumatique a été retenu, l'assuré a cependant été considéré comme fonctionnel six ans après l'événement traumatisant. Les experts ont toutefois considéré qu'il y avait une aggravation symptomatologique entre 2005 et 2010 des troubles psychiques due selon les experts à des facteurs intercurrents (suppression des prestations AI pour l'assuré en 2009 et pour son épouse trois ans plus tôt) lesquels généraient un stress important et perturbaient l'architecture du sommeil. Par ailleurs, ils ont nié une modification de la personnalité après une expérience de catastrophe. Quant à la présence d'un épisode dépressif modéré, sans syndrome somatique, les experts ont considéré qu'il était probablement apparu dans le contexte d'incertitude sociale. Ils ont en outre expliqué pour quelles raisons en l'absence d'un nouvel événement traumatisant, il n'y avait pas d'explication plus de dix ans après l'événement à une aggravation de la situation en relation de causalité prépondérante avec l'accident.

Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise du Centre X._____, estimant que l'intimée aurait dû mandater un autre expert. Certes, dans son rapport médical du 13 février 2012 à l'OAI, le Dr D._____, psychiatre traitant, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique et de PTSD séquellaire. Il ne s'est toutefois pas prononcé sur la capacité de travail de son patient, car la chronicisation de la situation et les enjeux asséurologiques ne permettaient pas une évaluation sereine et objective. Au-delà du fait que son constat médical était comparable au compte rendu du Dr T._____ du Centre X._____, le E._____, mandaté par l'OAI pour la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (rapport du 30 août 2012 et complément du 7 février 2013), a également conclu à l'absence d'aggravation significative de l'état clinique de l'assuré par rapport à celui décrit dans les expertises du Centre X._____ de 2005 et de 2010 et à l'absence de limitation quantitative (temps ou rendement) du point de vue psychiatrique. Le E._____ a ainsi précisé que le syndrome de stress post-traumatique se manifestait, dans le cas de l'assuré, par des symptômes d'angoisse et d'évitement lesquels avaient un caractère occasionnel selon l'intéressé. A cet égard, on relèvera que le Dr D._____ a, après examen des rapports du E._____, admis que les diagnostics psychiatriques rejoignaient ses propres observations, sans toutefois se déterminer quant à la capacité de travail de l'assuré, alors que ce dernier est son patient depuis le 9 juillet 2008. On peine dans ce contexte à saisir comment le Dr D._____ a été en mesure de retenir, dans un courrier du 10 juin 2009 à S._____ Assurances, une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, sans objectiver une aggravation de l'état de santé de son patient ni mettre en évidence des éléments que les experts du Centre X._____ et du E._____ auraient ignoré dans leurs rapports d'expertise des 21 décembre 2005 et 31 mars 2010. Vu l'absence d'incapacité de travail sur le plan psychique, il n'est ainsi pas nécessaire d'examiner si un lien de causalité naturelle et adéquate entre les syndromes psychiques et l'accident est réalisé.

c) Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans reconnaît une pleine valeur probante aux rapports des experts du Centre X._____

et fera donc siennes leurs conclusions, à savoir que le recourant présente une capacité de travail de 100% avec un rendement réduit à 30%. En effet, les expertises pluridisciplinaires successives, ainsi que les compléments des 23 mars 2006 et 20 janvier 2011 ont été établis par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes dans les domaines neurologique, orthopédique et psychiatrique, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, lequel comporte également des investigations radiologiques (négatives) et un monitoring médicamenteux (taux indétectables pour la carbamazépine et le citalopram). Les experts ont abouti à des résultats convaincants dont aucun indice concret ne vient mettre en cause le bien-fondé.

Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 ; 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

7. a) Au vu de ce qui précède, l'intimée était dès lors fondée à fixer le droit à la rente de l'assuré dès le 1^{er} mai 2006, soit au moment où médicalement il n'y avait plus lieu d'attendre d'un traitement médical une notable amélioration, les propositions d'intervention et de traitement du Centre X._____ conditionnées à la collaboration de l'intéressé n'ayant pas été suivies.

b) S'agissant de la conclusion 2a du recours de l'assuré relatif à la prise en charge de l'intégralité des frais médicaux pour les traitements consécutifs à l'accident du 25 août 1999 jusqu'au 31 mars 2008, il sied de rappeler que le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1, seconde phrase, LAA a contrario), une amélioration insignifiante n'étant pas suffisante. Il n'y a pas

d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1). Si une amélioration n'est plus possible, le traitement prend fin et l'assuré peut prétendre à une rente d'invalidité (pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10%).

Une fois que le traitement médical a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 OLAA [ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 ; RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA.

En l'occurrence, le recourant ayant été mis au bénéfice d'une rente à compter du 1^{er} mai 2006, l'intimée était fondée, par sa décision du 20 juin 2006, confirmée sur opposition le 24 octobre 2011, à supprimer le droit de l'assuré à la prise en charge du traitement médical avec effet au 30 avril 2006, tout en réservant l'art. 21 LAA. L'intervention pratiquée par le Dr R._____ le 26 octobre 2007 ayant été prise en charge dans le cadre de l'art. 21 LAA, c'est à juste titre que l'intimée a versé des indemnités journalières du 25 octobre 2007 au 31 mars 2008 en raison d'une incapacité de travail, la date précitée n'étant pas contestée. Par conséquent, la conclusion du recourant sur ce point est rejetée.

c) Concernant la conclusion 2b du recours, l'autorité de céans peine à en comprendre le sens, dans la mesure où l'intimée a précisément admis au chiffre 5a (synthèse) de la décision sur opposition attaquée qu'elle continuait à prendre en charge les frais de traitements et de soins indispensables à la conservation de la capacité résiduelle de gain (art. 21 LAA) du recourant, tel que décidé en 2006. Dès lors, la conclusion du recourant sur ce point est sans objet.

8. Il se justifie encore de se prononcer sur la rente allouée à l'assuré à compter du 1^{er} mai 2006 (sous réserve de la période allant du 25 octobre 2007 au 31 mars 2008), l'intimée ayant précisé que les rentes reconnues en 2007, puis en 2008 étaient soumises à l'adaptation au renchérissement selon les ordonnances du Conseil fédéral, éléments dont il serait tenu compte dans le calcul des rentes et le décompte des arriérés (réponse du 3 février 2012). Il n'y a donc pas lieu de « refaire le calcul du droit à la rente » comme l'exige le recourant, dans la mesure où le droit à la rente a été reconnu dès le 1^{er} mai 2006 et non dès le 1^{er} avril 2008 uniquement. Les revenus avec et sans invalidité n'ont fait l'objet d'aucun grief de la part du recourant, sous réserve de la question du taux d'abattement.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptations exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

On rappellera en outre que la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance-invalidité et d'assurance militaire. Cela impose une certaine coordination aux institutions d'assurance, qui doivent en principe retenir un même taux d'invalidité pour une même atteinte à la santé. Des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre

assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. Peuvent constituer des motifs suffisants le fait que l'évaluation contestée repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré, qu'elle repose sur des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles ou encore, de manière plus générale, qu'elle ne soit pas du tout convaincante ou qu'elle soit entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 3 ; TFA I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1).

Dans un arrêt publié aux ATF 133 V 549, le Tribunal fédéral a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité au sens de l'ATF 126 V 288. Indépendamment de cette précision, le Tribunal fédéral des assurances avait déjà jugé que les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents étaient tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant 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. 3d ; TF 9C_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4).

Selon l'art. 16 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 (également : TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n°165 p. 898).

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du

travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 et 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (Pratique VSI 6/1998 p. 293 consid. 3b et les références citées). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2, 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 et 9C_236/2008 du 4 août 2008 ; TFA I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3 ; Pratique VSI 6/1999 p. 246 consid. 1 et les références citées).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

En l'occurrence, on peut raisonnablement attendre du recourant qu'il change d'orientation professionnelle pour rechercher une activité adaptée à son état de santé, possibilité dont il dispose

théoriquement sur un marché du travail équilibré. Il y est d'ailleurs tenu en vertu de son obligation de diminuer le dommage. Sur le marché du travail entrant en considération pour le recourant, on doit convenir qu'il existe un certain nombre d'activités qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux membres inférieurs, partant qui sont adaptées à son état de santé. On peut ainsi évoquer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle, ou d'autres qui consistent à approvisionner et à surveiller des machines ou des unités de production automatiques ou semi-automatiques (TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 5.3.1 et références citées).

c) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1 et I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1).

En l'espèce, ce salaire a été calculé sur la base des informations données par l'employeur, à savoir que l'assuré aurait perçu s'il avait poursuivi son activité auprès de G._____, soit 3'500 fr. mensuel brut fois 13. Ce montant n'est pas contesté par le recourant. Par ailleurs, le recourant aurait pu réaliser s'il avait poursuivi ses activités auprès de L._____ un montant mensuel de 900 fr. fois 12. Le revenu total perçu par le recourant auprès de G._____ et de L._____ aurait été de 56'300 fr (soit 45'500 fr. auprès de G._____ [3'500 fr. X 13] et 10'800 fr. auprès de L._____ [900 fr. X 12] ; fax du 21 juillet 2005 de L._____ à S._____ Assurances).

d) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu

correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence, comme en l'espèce, d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des données salariales résultant de la documentation sur les postes de travail (DPT) établies par la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3).

En matière d'assurance-accidents, il est aussi possible, mais non impératif, de recourir aux ESS pour déterminer le revenu d'invalidé dans le cas où l'assuré n'a repris aucune activité lucrative ou une activité ne correspondant pas à l'exigibilité (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Dans un tel cas, on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182).

aa) En l'occurrence, le salaire de référence retenu par l'intimée correspond au niveau de qualification 4, soit déjà au niveau salarial le plus bas. Ce revenu est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2005 de 4'588 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2004, TA1, niveau de qualification 4). Compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41.7 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2005 (+1.20%) et d'une baisse de rendement de 30%, le revenu mensuel s'élève à 3'386 fr. 65, ce qui donne un salaire annuel de 40'640 francs. Partant, la perte de gain est de 28%.

bb) Le montant résultant des statistiques peut encore faire l'objet d'une réduction dépendant de l'ensemble des circonstances

personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références citées ; voir également TFA I 848/05 du 29 novembre 2006 consid. 5.3.3). Toutefois, lorsque l'assuré est apte à travailler à plein temps, mais avec un rendement diminué, cette diminution de rendement est prise en compte dans la fixation de l'incapacité de travail. En principe, il n'y a pas lieu d'opérer en plus un abattement lié au handicap (TF 9C_40/2011 du 1^{er} avril 2011 consid. 2.3.1 ; 8C_827/2009 du 26 avril 2010 consid. 4.2.1 ; 9C_980/2008 du 4 mars 2009 consid. 3.1.2 ; 8C_765/2007 du 11 juillet 2008 consid. 4.3.3 ; 9C_344/2008 du 5 juin 2008 consid. 4 et I 69/07 du 2 novembre 2007 consid. 5.1). En revanche, un abattement à raison d'autres circonstances est admissible dans la limite maximale de 25% (TF 8C_585/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.3).

Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais

limité à 25% serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2).

Dans le cas présent, les experts estiment que le recourant est apte à travailler à 100% dans une activité adaptée, soit une activité sédentaire en position essentiellement assise, avec des petits déplacements sans charge, soit une activité de bureau ou assis à l'établi, de surveillance d'écrans, mais avec un rendement réduit de 30% à cause des douleurs ressenties. C'est à juste titre que l'intimée n'a pas examiné la situation du recourant au regard de la jurisprudence sur l'évaluation de l'invalidité d'un assuré proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, puisqu'il était âgé de 55 ans au moment où la décision litigieuse a été rendue, ce qui ne correspond pas à la limite d'âge à partir de laquelle le Tribunal fédéral admet qu'il peut être plus difficile pour un assuré de se réinsérer sur le marché du travail (TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2 ; 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4 et I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). Pour le surplus, le seul fait pour le recourant de rappeler ses circonstances personnelles ou professionnelles – en particulier des limitations fonctionnelles importantes dont on a vu qu'elles permettaient d'exercer une activité adaptée à plein temps avec une diminution de rendement, un trouble dépressif persistant dont il a été établi qu'il était influencé par des facteurs étrangers à l'invalidité (incertitude sociale) ou l'absence de formation qui n'exclut nullement l'existence sur un marché équilibré du travail de nombreuses activités n'en exigeant pas, pas plus que l'usage de la force –, ne permet pas d'opérer un abattement lié au handicap.

e) En définitive, après comparaison entre le revenu sans invalidité (56'300 fr.) et celui d'invalidité (40'640 fr.), il en résulte une perte de gain de 15'660 fr. correspondant à un taux d'incapacité de gain de 28%. Ainsi, le grief du recourant eu égard au taux d'invalidité doit être écarté, le taux de 28% retenu par l'intimée se trouvant bien fondé.

9. Vu l'ensemble des éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être intégralement rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition entreprise.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Au vu de l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 24 octobre 2011 par S._____ Assurances est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Pierre Bauer (pour A._____)
- S._____ Assurances
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :