

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 juin 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Gutmann et Mme Férolles, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

M. _____, à Chavannes-près-Renens, recourant, représenté par le [...], à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1 et 18 al. 1 LAA; art. 16 LPGA

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1976, sans formation, a été engagé du 1^{er} juillet au 31 décembre 2008 en qualité d'aide-monteur en constructions métalliques pour le compte de l'entreprise [...], à La Tour-de-Trême. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

Le 7 juillet 2008, sur son lieu de travail, l'assuré a été victime d'une chute d'une échelle d'une hauteur de 3 à 4 mètres; il a subi une fracture ouverte du pilon tibial droit, une fracture-tassement de la vertèbre L3, une entorse du poignet droit, un arrachement d'un fragment osseux du calcanéum gauche ainsi qu'une lésion au premier, deuxième et troisième métatarsiens gauches. Il a fait état d'une incapacité de travail totale et a bénéficié d'un traitement chirurgical et conservateur. Le cas a été pris en charge par la CNA.

L'assuré a effectué un séjour à la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après: la CRR), du 30 juillet au 16 septembre 2008. Dans un rapport du 31 octobre 2008, les Drs D. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, et X. _____, médecin-assistante, ont en particulier retenu que la fracture de L3 était considérée comme stable et traitée conservativement. Ces médecins ont constaté notamment une mobilité de l'épaule droite complète et signalé des douleurs à l'épaule droite, au poignet droit et à la jambe droite. Ils ont indiqué que l'assuré, en fin de séjour, avait gagné en autonomie pour les transferts et la mobilisation à l'aide de deux cannes anglaises; ils ont autorisé le retour à domicile. Ils ont proposé à l'assuré de poursuivre la marche à l'aide des deux cannes, le port d'un corset et le traitement de physiothérapie. Dans la profession de monteur en constructions métalliques, ils ont retenu une incapacité de travail de 100% du 16 au 29 septembre 2008, puis selon évolution.

Le 15 décembre 2008, l'assuré a été examiné par les Drs L._____ et H._____, respectivement médecin agréé et médecin assistant au département de l'appareil locomoteur du CHUV (ci-après: le DAL). Le 13 janvier 2009, ces médecins ont retenu que l'assuré était toujours à l'arrêt de travail à 100%. Au vu de la persistance de douleurs au pied droit, un CT-Scan avait été effectué, qui avait montré une destruction de l'articulation tibio-astragaliennne.

Le 5 février 2009, l'assuré a subi une opération consistant en une arthrodèse tibio-astragaliennne de la cheville droite, en raison d'une usure précoce post-traumatique.

Le 14 juillet 2009, l'assuré a été adressé au Dr Q._____, chirurgien FMH et remplaçant du médecin d'arrondissement de la CNA. Dans un rapport du même jour, ce spécialiste a relevé la persistance d'une gêne encore assez importante à la colonne lombaire, au pied droit et dans une moindre mesure à gauche. Ce médecin a proposé de poursuivre la physiothérapie et a évoqué un nouveau séjour à la CRR.

A la suite d'un nouvel examen au DAL, les Drs L._____ et O._____, médecin-assistant, ont retenu que l'assuré présentait principalement des douleurs au niveau de la cheville droite à la marche. Après un examen clinique et radiologique, ils ont relevé que des chaussures sur mesure avaient été confectionnées pour l'assuré, le soulageant partiellement. Au niveau lombaire, l'évolution était stagnante, sans réelle amélioration.

L'assuré a effectué un deuxième séjour à la CRR, du 7 octobre au 3 novembre 2009. Dans un rapport du 23 novembre 2009, les Drs D._____ et A._____, médecin hospitalier, ont constaté une antériorisation du pied par rapport à la cheville droite et une discordance avec l'importance du handicap fonctionnel perçu. Ils ont retenu sur le plan neurologique une neuropathie sensitive des nerfs tibial et péronier distaux à droite et, sur le plan psychiatrique, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et de nombreux facteurs contextuels

défavorables. L'assuré présentait une limitation pour la marche prolongée, la marche en terrain irrégulier, la montée-descente d'escaliers ou d'échelles, la position accroupie ou à genoux et le port de charges lourdes au dessus de 10 kg. Dans une activité parfaitement sédentaire, il n'y avait pas de limitation particulière; le rachis ne justifiait pas d'incapacité de travail. Dans la profession de monteur en constructions métalliques, l'incapacité de travail était de 100% du 4 au 30 novembre 2009.

Le 11 janvier 2010, l'assuré a été examiné par le Dr P._____, chirurgien et médecin d'arrondissement de la CNA, qui a signalé des douleurs de la cheville droite et du pied gauche, des lombalgies et une impossibilité de se déplacer sans cannes. Il a émis des propositions thérapeutiques et a adressé l'assuré au DAL pour un nouvel examen.

Le 6 avril 2010, le Dr S._____, médecin chef du DAL, a constaté, après un CT-Scan, que les vis n'étaient pas intra-articulaires dans la sous-talienne. Il a proposé l'abstention thérapeutique sur le plan chirurgical.

Dans un rapport du 10 juin 2010, le Dr P._____ a indiqué que l'assuré ressentait toujours des douleurs, notamment lombaires et à la cheville droite, et qu'il présentait une nervosité et une certaine anxiété; sans ses cannes, il pouvait faire quelques pas. Objectivement, il a constaté en particulier un arrière-pied droit nettement élargi, assez bien axé, l'examen du côté gauche étant globalement dans les limites de la norme. Il a indiqué que le traitement touchait à sa fin et a évoqué la possibilité d'un nouveau séjour à la CRR.

Du 3 au 31 août 2010, l'assuré a effectué un troisième séjour à la CRR. Dans un rapport du 11 octobre 2010, les Drs D._____ et W._____, médecin assistant, ont évoqué notamment une fracture de l'apophyse épineuse de D1 et tassement du plateau supérieur de D3 et D5 environ 15 ans auparavant. Durant ce séjour, ils ont relevé une prise en charge de l'assuré dans des ateliers professionnels, jusqu'à des périodes de 4 heures par jour. Ils ont retenu que la fracture ouverte du pilon tibial

droit était bien consolidée et qu'il n'y avait pas d'indication chirurgicale, de sorte que la situation médicale était stabilisée. Il persistait un état douloureux, entretenu par des facteurs contextuels défavorables. L'assuré présentait des limitations pour la marche prolongée ou sur terrains irréguliers, la montée-descente d'escaliers ou d'échelles, la position accroupie ou à genoux et le port de charges de plus de 15 kilos, sans limitation dans une activité sédentaire. L'incapacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle du 3 au 31 août 2010 et de 0% dans une activité adaptée dès le 1^{er} septembre 2010.

Le 11 septembre 2010, l'entreprise B._____ Sàrl a indiqué que, sans l'accident, l'assuré aurait réalisé un salaire mensuel de 4'400 fr. en 2009, de 4'500 fr. en 2010 et de 4'600 fr. en 2011, à chaque fois 13 fois l'an et compte tenu d'un horaire de 8.5 heures par jour ou 42 heures par semaine.

B. Par courrier du 13 octobre 2010, la CNA a annoncé à l'assuré qu'elle allait mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 30 novembre 2010, sous réserve des contrôles médicaux encore nécessaires.

En date du 26 novembre 2010, au vu des problèmes de santé de l'assuré, le Dr P._____ a retenu une atteinte à l'intégrité totale de 32.50%.

Dans un rapport d'examen médical final du 26 novembre 2010, le Dr P._____ a indiqué que l'assuré ressentait toujours des douleurs, prédominant nettement à droite. Objectivement, en particulier, l'arrière-pied droit était nettement élargi, partant un peu en varus, et du côté gauche le pied avait dans l'ensemble un aspect normal et de bonnes amplitudes articulaires. Si l'atteinte du pied droit était incontestablement grave, l'impossibilité à le mettre en charge ne s'expliquait pas sans autre, de sorte que l'état douloureux - qui persistait - devait être mis en bonne partie sur le compte de facteurs non médicaux. Du point de vue

orthopédique, une pleine capacité de travail était tout à fait envisageable dans une activité légère et sédentaire.

Dans un rapport du 28 avril 2011, sur la base de cinq descriptions de postes de travail (ci-après: DPT), la CNA a retenu, pour des activités de collaborateur de production (deux fois), de sertisseur en bijouterie, d'aide-mécanicien et de réceptionniste, un revenu annuel moyen en 2010 de 50'560 fr.

Par décision du 3 mai 2011, la CNA a reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité mensuelle de 559 fr. dès le 1^{er} décembre 2010, compte tenu d'une incapacité de gain de 15% et d'un gain annuel assuré de 55'900 fr. La CNA s'est fondée sur un salaire exigible de 50'560 fr. dans une activité légère et sédentaire selon les DPT précités, et sur un salaire de 59'800 fr. réalisable sans l'accident selon les indications de l'employeur. La CNA a en outre reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40'950 fr., compte tenu d'un gain annuel de 126'000 fr. et d'un taux de 32.50%.

L'assuré a formé opposition contre cette décision le 1^{er} juin 2011. Contestant les calculs de la CNA et se prévalant d'une capacité de travail de 50%, il a conclu à l'octroi d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondées sur un taux d'invalidité de 65.18%.

Par décision sur opposition du 2 décembre 2011, la CNA a confirmé sa position. Se référant à l'avis du Dr P._____, elle a retenu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Avec un revenu exigible de 50'560 fr. dans des activités adaptées sur la base des cinq DPT et un revenu sans l'accident de 59'800 fr. selon les indications de l'employeur, la CNA a calculé une perte économique de 15%, en précisant qu'il n'y avait pas lieu d'opérer un parallélisme des revenus. Par ailleurs, d'éventuels troubles psychiques n'étaient pas à la charge de la CNA, faute d'un rapport de causalité adéquate avec l'accident du 7 juillet 2008, en l'occurrence de gravité moyenne.

C. Par acte de son mandataire du 19 décembre 2011, M. _____ a recouru au Tribunal cantonal. Il conclut principalement à l'octroi de prestations fondées sur un taux d'invalidité de 61%, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise médicale pour déterminer le taux de capacité de travail.

Au vu des constatations du Dr P. _____, d'un travail en atelier à la CRR n'ayant pas excédé 4 heures par jour et de l'avis de la Dresse F. _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, il se prévaut d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 50%. Sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: l'ESS) dans des activités simples et répétitives, il se fonde sur un revenu d'invalidé de base de 57'672 fr. en 2008. Pour le revenu sans invalidité, il expose que le salaire réalisé de 55'900 fr. s'écarte du revenu médian de la construction en 2008 selon l'ESS, qui se monte à 61'800 fr., ce qui nécessite d'effectuer un parallélisme des revenus de 10%. Retenant ensuite un taux d'abattement de 25%, incluant les 10% à titre de parallélisme, il calcule un revenu d'invalidé final de 21'627 fr. qui, après comparaison avec un revenu sans accident de 55'900 fr., conduit à un taux d'invalidité de 61%.

L'assuré a déposé un rapport du 14 décembre 2011 de la Dresse F. _____, son médecin traitant généraliste, qui a notamment relevé ce qui suit:

"Sur le plan orthopédique, il semble que l'os s'est bien consolidé, et que le matériel d'ostéosynthèse est en place. De plus, les avis pris auprès des orthopédistes montrent qu'il n'y a pas de possibilité d'améliorer la situation par exemple par une autre opération. On peut considérer donc que sur le plan orthopédique la situation est stabilisée, et qu'il n'y a pas d'amélioration possible, même si Monsieur M. _____ ressent toujours d'importantes douleurs notamment au niveau de la cheville droite. Il présente des séquelles qui sont tout à fait objectivées, c'est-à-dire un élargissement de l'arrière pied droit avec une nette atrophie du mollet droit et un manque de force et de sensibilité à ce niveau. Ceci a été considéré dans la prise de décision de la SUVA, et ne peut pas être contesté.

Néanmoins, le patient présente un syndrome douloureux chronique au niveau de ces deux membres inférieurs, qui l'empêche de

marcher correctement, il doit se déplacer constamment avec une canne. De plus, ses douleurs ne sont qu'en partie soulagées par un traitement antalgique de Dafalgan, Ibuprofen et Tramadol gouttes.

Par ailleurs, Monsieur M._____ présente un trouble dépressif chronique, d'intensité moyenne, vraisemblablement secondaire à son accident de travail et également secondaire aux difficultés liées à son statut de réfugié.

Au vu du trouble dépressif, et des douleurs persistantes, et également au vu du manque de formation de Monsieur M._____ qui n'a aucune formation professionnelle, je ne vois pas comment il pourrait travailler à 100% dans une activité adaptée. A mon sens, un 50% avec des demi-journées serait possible, car supportable au niveau des douleurs, étant donné que Monsieur M._____ a beaucoup de peine à se déplacer, mais également à rester assis longtemps, en raison des douleurs dorsales et lombaires secondaires à ses fractures vertébrales. Monsieur M._____ ayant d'emblée plus de douleurs s'il est trop en position debout ou trop assis, ceci se répercute immédiatement sur son humeur. Il me semble donc qu'en raison des douleurs chroniques et qu'en raison du trouble dépressif Monsieur M._____ ne peut envisager un travail qu'à 50% dans une activité adaptée".

D. Dans sa réponse du 27 mars 2012, la CNA conclut au rejet du recours dans la mesure où il est recevable et à la confirmation de la décision attaquée. Elle relève que les arguments de l'assuré ne permettent pas de remettre en cause l'avis des médecins de la CRR et de la CNA, qui ont tenu comme exigible l'exercice d'une activité adaptée à un taux de 100%. Il n'y a pas lieu de s'écarter du taux d'invalidité de 15%, calculé, conformément à la jurisprudence, sur la base d'un revenu de 50'560 fr. selon la méthode des DPT - lesquels ne sont pas réellement contestés par l'assuré - et d'un revenu hypothétique sans l'accident de 59'800 fr. Pour le surplus, la CNA se réfère au contenu de la décision attaquée.

Le 5 avril 2012, le recourant a demandé la mise en œuvre d'une expertise médicale. Il s'est notamment référé à la divergence d'appréciation au sujet de la capacité de travail entre le médecin d'arrondissement de la CNA et la Dresse F._____, et a expliqué en particulier que l'accident du 7 juillet 2008 avait causé des fractures aux vertèbres L3, D3, D4 et D5.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte les formalités prévues par loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2 a) Dans le cas présent, la contestation porte sur l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée et sur le calcul du degré d'invalidité.

aa) 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. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, 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 dans l'assurance sociale (ATF 129 V 402 consid. 4.3; 129 V 177 consid. 3.1).

bb) En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA).

L'art. 7 al. 2 LPGGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

cc) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la

personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

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

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière

valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

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 (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder (appréciation anticipée des preuves encore offertes) ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

dd) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible - le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1). Dans ce cas, pour que le revenu d'invalidité corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui, l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre eux (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2; TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2; TF 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2).

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

113 V 22 consid. 4a; TF 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.2.2; TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.1).

b) En l'espèce, l'assuré a été victime d'un accident le 7 juillet 2008, ayant occasionné une fracture ouverte du pilon tibial droit, une fracture-tassement de la vertèbre L3, une entorse du poignet droit, un arrachement d'un fragment osseux du calcanéum gauche ainsi qu'une lésion au premier, deuxième et troisième métatarsiens gauches. Les rapports médicaux figurant au dossier, notamment ceux de la CRR et du CHUV, se réfèrent surtout aux problèmes des membres inférieurs, notamment aux douleurs ressenties par l'assuré. Quant à la fracture de la vertèbre L3, elle a été considérée comme stable et traitée conservativement (rapport de la CRR du 31 octobre 2008).

aa) D'un point de vue médical, il n'est pas établi que les lombalgies, survenues postérieurement (cf. notamment rapport du 11 novembre 2010 du Dr P.____ et rapport du 14 décembre 2011 de la Dresse F.____), résultent de l'accident du 7 juillet 2008. En effet, il n'y a eu qu'une seule fracture vertébrale consécutive à l'accident, à savoir en L3. Les atteintes aux autres vertèbres ont été signalées à l'issue du troisième séjour à la CRR, les Drs D.____ et W.____ ayant évoqué une fracture de l'apophyse épineuse de D1 et tassement du plateau supérieur de D3 et D5 il y a environ 15 ans (rapport du 11 octobre 2010). Contrairement à ce que soutient le recourant, l'accident litigieux n'a donc pas causé de fractures aux vertèbres D3, D4 et D5. Dès lors, pour apprécier uniquement les conséquences de l'accident du 7 juillet 2008, l'avis de la Dresse F.____ - qui se fonde sur les douleurs dorsales et lombaires secondaires aux fractures vertébrales pour justifier une capacité de travail de 50% - ne saurait être déterminant, car ce médecin se base non seulement sur la fracture de la vertèbre L3 subie lors de l'accident du 7 juillet 2008 mais également sur les fractures aux vertèbres précédemment subies par l'assuré.

En outre, la Dresse F.____ ne se fonde pas sur d'autres constatations objectives que celles, notamment, du médecin

d'arrondissement de la CNA et des médecins de la CRR, lesquels se sont prononcés sur l'évolution de l'état de santé de l'intéressé sur une longue période. En tant que médecin traitant de l'assuré, l'avis de la Dresse F._____ au sujet de la capacité de travail doit par ailleurs être apprécié avec les réserves d'usage. Si le Dr P._____ a retenu que "l'atteinte du pied droit est incontestablement grave", comme le relève le recourant, ce médecin n'en a pas moins relevé que l'impossibilité à le mettre en charge était inexplicable, de sorte que l'état douloureux devait être mis en bonne partie sur le compte de facteurs non médicaux, et n'empêchait pas de retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (rapport du 26 novembre 2010). Enfin, le fait que l'assuré, pendant son dernier séjour à la CRR, a effectué des travaux en ateliers n'ayant pas excédé 4 heures par jour ne saurait être assimilé sans autre à une capacité de travail résiduelle de 50%. Dès lors, selon l'appréciation du médecin d'arrondissement de la CNA – rejointe par celle des médecins de la CRR, et qui emporte valeur probante – il y a lieu de retenir que l'assuré présente une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, à savoir sans marche prolongée ou sur terrains irréguliers, sans montée-descente d'escaliers ou d'échelles, sans position accroupie ou à genoux et sans port de charges de plus de 15 kilos.

Le recourant ne se prévaut pas d'une affection psychique résultant de l'accident du 7 juillet 2008. A ce sujet, on relèvera que d'éventuels troubles ne sauraient être à la charge de la CNA, faute d'un rapport de causalité adéquate avec cet accident – qui doit être qualifié comme étant de gravité moyenne – selon les critères en la matière posés par la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5c/aa; 115 V 133 consid. 6).

bb) Du point de vue économique, le recourant se prévaut d'un revenu d'invalidé selon les statistiques nationales de l'ESS, alors que la CNA a fixé ce même revenu en se référant aux DPT, soit à des éléments de comparaison concrets. Il n'y a pas de priorité entre la méthode des DPT et celle fondée sur l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 8C_738/2011 consid. 8), de sorte que le recours aux DPT pour fixer le revenu d'invalidé n'est pas critiquable. Le recourant ne remet pas en cause le choix des

DPT, qui en l'occurrence paraissent adaptés à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles, de sorte que le revenu d'invalidé fixé à 50'560 fr. (selon le rapport de la CNA du 28 avril 2011) doit être retenu. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à une réduction en cas de recours à des DPT car celles-ci prennent déjà en considération la situation particulière de l'assuré. Plus précisément, lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3; TF 8C_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 4.3).

Le revenu hypothétique sans accident de 59'800 fr. retenu par la CNA correspond aux indications de l'employeur. Il n'y a pas lieu d'opérer un parallélisme ou une parallélisation entre les revenus avec et sans invalidité, telle que cette méthode est appliquée par la jurisprudence, en matière d'assurance-invalidité dans certains cas (ATF 135 V 297; 134 V 322 consid. 4.1), dès lors que l'assuré semble s'être contenté d'un salaire modeste et que le revenu d'invalidé a été déterminé selon la méthode des DPT et non selon l'ESS. La comparaison du revenu d'invalidé de 50'560 fr. avec le revenu sans accident de 59'800 fr. conduit à un taux de 15%.

cc) Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 2 décembre 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

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

Le président :

Le greffier :

Du

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

- [...], à Lausanne (pour M. _____)
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :