

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 juillet 2018

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
MM. Métral, juge, et Peter, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourant, représenté par Me Karim Hichri, avocat auprès
d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 17 LPGA ; 6 al. 1 et 18 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. D._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1975, travaillait en qualité de machiniste auprès de la société V._____ et était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 7 octobre 2002, alors qu'il conduisait sa voiture, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Il a été blessé à la jambe droite et au bras gauche, et a subi un traumatisme crânio-cérébral simple. Il a été hospitalisé du 7 au 22 octobre 2002 au Service de chirurgie de l'hôpital de [...], où ont été diagnostiqués une fracture comminutive à deux fragments intermédiaires du fémur droit et une fracture du cubitus gauche médio-diaphysaire. La CNA a pris en charge le cas.

Dans un rapport d'examen du 30 juillet 2004, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a relevé des douleurs notamment au membre inférieur droit et à l'avant-bras gauche. Il a précisé que l'essentiel des séquelles de cet avant-bras, soit un important raccourcissement, une hypotrophie et une absence de supination, étaient manifestement en rapport avec un accident survenu dans l'adolescence, à savoir une fracture ouverte due à un éclat de grenade. Le Dr B._____ a fait état de troubles psychiques empêchant une reprise d'activité professionnelle. D'un point de vue somatique, l'assuré conservait une pleine capacité de travail dans une activité légère ne nécessitant pas de longues déambulations et autorisant des positions alternées.

Une expertise psychiatrique a été confiée par la CNA à la Dresse M._____, psychiatre. Le 14 janvier 2006, cette spécialiste a posé les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, de dysthymie et de trouble douloureux somatoforme persistant. Elle a retenu une capacité de travail de 70 %,

sans diminution de rendement. Elle a confirmé son appréciation le 19 novembre 2008.

Dans un rapport d'examen du 14 octobre 2009, le Dr B._____ a constaté que le patient était bien remis et a confirmé qu'il pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée.

Par décision sur opposition du 25 mars 2010, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 39 % dès le 1^{er} janvier 2010. Elle a retenu qu'il présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée sur le plan physique et une capacité de travail de 70 % sans diminution de rendement sur le plan psychique. Sur la base d'un revenu d'invalidé de 37'632 fr. – soit le salaire médian ressortant de la moyenne des salaires de cinq descriptions de postes de travail adaptés (ci-après : DPT), pour un taux de 70 % – et d'un revenu de valide de 61'440 fr., la CNA a mis en évidence un degré d'invalidité de 38.7 %, arrondi à 39 %.

Par arrêt du 15 septembre 2011 (cause AA 41/10 - 106/2011), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours formé contre cette décision sur opposition. En substance, la Cour a considéré que les rapports des Drs B._____ et M._____ répondaient aux critères permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante, et que la CNA avait dès lors retenu à juste titre une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée. Au plan économique, la Cour a confirmé le degré d'invalidité de 39 %. Cet arrêt a fait l'objet d'un recours, qui a été rejeté par le Tribunal fédéral le 11 octobre 2012 (TF 8C_782/2011).

Le 7 novembre 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

B. Dans le courant 2013, la CNA a initié une procédure de révision de la rente.

L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, confiée au Z. _____ (ci-après : Z. _____) en 2014. L'assuré a été examiné le 9 avril par le neuropsychologue H. _____, le 10 avril par le Dr Q. _____, psychiatre, et le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 11 avril par le Dr K. _____, spécialiste en médecine interne générale, et le 30 mai 2014 par la Dresse I. _____, neurologue. Dans leur rapport du 15 août 2014, les experts ont retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de fracture du fémur droit le 7 octobre 2002, de fracture ouverte des deux os de l'avant-bras gauche en 1992 aggravée par une fracture du cubitus gauche le 7 octobre 2002, de conflit sous-acromial de l'épaule gauche, ainsi que de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe de faible impact clinique. Ils ont conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle pour des raisons somatiques. Sur le plan psychique, le diagnostic susmentionné entraînait une incapacité de travail de 20 %. Les experts ont retenu que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, cette capacité s'élevait à 80 %, sans diminution de rendement, exigible dès le jour de l'expertise. Les limitations fonctionnelles avaient trait au membre supérieur gauche, avec une perte de pronosupination, et le fait qu'il ne pouvait pas être utilisé en force, ni pour des mouvements de précision dans le cadre de manutention légère. Sur le plan psychique, les limitations consistaient en une légère modification de la personnalité. Les diagnostics d'hypertension artérielle, de probables migraines et de probable dysthymie actuellement compensée, n'avaient quant à eux pas d'effet sur la capacité de travail.

Par décision du 5 janvier 2015, se fondant sur le rapport du Z. _____, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité.

La CNA a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr J. _____, psychiatre, lequel s'est entretenu avec l'assuré le 29 août 2016. Dans son rapport du 9 septembre 2016, l'expert a posé les diagnostics de dysthymie - dépression anxieuse persistante (F34.1) existant depuis 2006 au moins, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) depuis au moins 2010, ainsi que

d'accentuation de traits de personnalité sensitive (Z73.1) depuis de nombreuses années. Ces diagnostics n'entraînaient pas d'incapacité de travail. Il a notamment relevé ce qui suit :

« En conclusion, les éléments objectivables de l'anamnèse de M. D._____, les observations en 2009 et 2010 [ndlr : rapports d'observation de l'assuré produits par Zurich Compagnie d'Assurances SA], ainsi que l'examen actuel ne permettent pas de constater de pathologie psychiatrique dépassant une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et une dysthymie. Persistant dans le cadre d'une accentuation de traits de personnalité sensitive, ces troubles psychiques motivent des démarches thérapeutiques se limitant à des consultations mensuelles et la prescription d'un antidépresseur de type SSRI à une dose minimale efficace et la prise occasionnelle d'un anxiolytique. [...] Caractérisées par des plaintes dramatiques mais incohérentes et des symptômes affectifs légers, la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et la dysthymie de l'expertisé ne justifient plus d'incapacité de travail durable. Comme les observations en 2009 et 2010 ainsi que les capacités de M. D._____ décrites dans l'expertise du Z._____ de 2014 contrastent avec une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, son anamnèse ne permet plus de retenir une incapacité de travail durable au plan psychique. Par conséquent, l'effort à surmonter ses plaintes somatiques amplifiées et ses symptômes affectifs légers afin de reprendre une activité professionnelle simple, par exemple comme ouvrier sans formation, reste raisonnablement exigible au plan psychique depuis 2009 au plus tard. »

Le Dr J._____ a en outre notamment répondu comme suit aux questions posées par la CNA :

« 2. Oui, le tableau clinique actuel paraît influencé par des facteurs étrangers à l'accident, comme des difficultés à trouver une activité professionnelle adaptées à ses problèmes de santé somatique et une suite de déceptions personnelles. Ces difficultés s'expliquent par des facteurs sortant du champ médical, comme deux ruptures sentimentales, l'absence d'une formation professionnelle ou d'une scolarisation en français et de difficultés de langue, ainsi que le marché du travail.

3. Survenues suite à l'accident du 07.10.2002, la dysthymie et la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques se trouvent seulement en lien temporel avec l'accident du 07.10.2002. Depuis des années, elles s'expliquent principalement par des facteurs étrangers à l'accident, notamment de l'ordre social, comme décrit dans la réponse à la question 2.

4. Les atteintes à la santé psychique actuellement diagnostiquées ne se présentent plus comme une séquelle directe même très partielle de l'accident du 07.10.2002 chez un expertisé qui fait

preuve de ses capacités d'adaptation. Ainsi, il peut par exemple surmonter l'échec de son mariage et s'engager dans une nouvelle relation sentimentale, tout en menant une vie active dans un cadre psychosocial stable marqué par des relations proches autant au plan familial qu'amical. »

Dans un document interne du 12 janvier 2017, la CNA a en particulier sélectionné cinq DPT, soit collaborateur de production, praticien en logistique et aide-magasinier. Compte tenu des données résultant de ces DPT, la CNA a mis en évidence un salaire moyen s'élevant à 54'985 francs.

Le 10 février 2017, l'ancien employeur a informé la CNA de l'évolution de salaire dont aurait bénéficié l'assuré depuis l'accident, soit 385 fr. mensuels supplémentaires en 2017.

Le 15 février 2017, se fondant sur les déclarations de l'ancien employeur, la CNA a retenu un salaire sans invalidité de 5'536 fr. par mois.

Par décision du 16 février 2017, la CNA a réduit la rente d'invalidité de l'assuré de 39 % à 17 % à compter du 1^{er} mars 2017. Elle a expliqué que selon le rapport d'expertise, les séquelles psychiatriques n'influaient plus sur sa capacité de gain. Celle-ci restait uniquement entravée par les séquelles organiques de l'accident, lesquelles lui permettaient néanmoins de déployer une capacité totale de travail dans une activité adaptée, ne nécessitant pas de longues déambulations et permettant l'alternance des positions. Ceci lui permettrait de réaliser un salaire annuel de 54'985 fr. qui, comparé au revenu de 66'430 fr. qu'il aurait obtenu sans l'accident, aboutissait à une perte de gain de 17,22 %.

Le 17 mars 2017, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a soutenu que le Dr J._____ avait retenu les mêmes diagnostics que les experts du Z._____, lesquels avaient toutefois reconnu une incapacité de travail de 20 %. Les observations du Dr J._____ constituaient dès lors manifestement une appréciation différente d'un état de fait demeuré inchangé. En outre, les médecins de la X._____, dont le rapport était joint, avaient fait état d'une incapacité de travail au plan psychiatrique. Sa

réinsertion professionnelle s'était de surcroît soldée par un échec. Du point de vue somatique, la CNA n'avait pas tenu compte des limitations fonctionnelles en lien avec son bras et son épaule gauches, telles que mises en évidence par les experts du Z._____. L'assuré a annexé les documents suivants :

- un rapport final du 31 octobre 2016 de la Fondation E._____, exposant ce qui suit :

« La conseillère E._____ met donc en place un stage dans le cadre de la Boutique F._____ à [...], qu'il commence le 28 juin 2016 à un taux de 50 %. Les difficultés surgissent très rapidement malgré un cadre adapté et bienveillant. M. D._____ énonce qu'il a des douleurs alors que les tâches ont été adaptées à ses limitations. Il vit de fortes angoisses et ressent de la honte vis-à-vis du regard des autres en lien avec ses limitations de santé. L'employeur relève que cela ne se passe pas bien. Il observe que M. D._____ n'est pas stable psychiquement, a l'air perdu et n'est pas apte à travailler. M. D._____ parle fréquemment durant son stage de son vécu, de son divorce, de ses problèmes de garde d'enfants et de ses douleurs physiques. L'employeur relève que, malgré tout, M. D._____ tentait de sourire, était sympathique et essayait d'être présent en stage. Le 15 juillet 2016, le stage est interrompu car M. D._____ se sentait de moins en moins bien et l'employeur a clairement énoncé que c'était trop tôt pour une réinsertion professionnelle. La conseillère E._____ procède à la fermeture de la mesure de M. D._____. Il n'est aujourd'hui pas prêt pour une mesure de réinsertion professionnelle. Elle lui suggère de suivre le programme de gestion de la douleur, qui se fait notamment à la X._____ à [...]. »

- un rapport du 9 février 2017 de la Dresse G._____, psychiatre à la X._____, établi à la suite du séjour de l'assuré du 22 décembre 2016 au 27 janvier 2017. Elle posait le diagnostic de trouble douloureux chronique, avec un status après accident de circulation en 2002, de douleurs de la hanche, du genou, de l'épaule droite et du dos, ainsi que de développement de symptômes physiques pour des raisons psychologiques depuis au moins 2010. Elle retenait également d'une part une dysthymie - dépression anxieuse persistante depuis 2006 au moins, et d'autre part un problème pour surmonter les difficultés de la vie, accentuation de traits de personnalité. L'incapacité de travail était totale du 22 décembre

2016 au 29 janvier 2017, le cas échéant, à réévaluer par le médecin généraliste traitant.

Par décision sur opposition du 5 mai 2017, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre la décision du 16 février 2017. Elle a expliqué que les éléments transmis ne permettaient pas de douter du bien-fondé des conclusions du Dr J._____. Par ailleurs, le revenu d'invalidé de 54'985 fr. découlait des données salariales de DPT qui étaient adaptées au handicap de l'assuré. La comparaison du revenu d'invalidé avec celui qu'il aurait pu obtenir sans invalidité mettant en évidence un préjudice économique de 17.2 %, la rente avait à juste titre été abaissée à 17 %.

C. Par acte du 1^{er} juin 2017, D._____, désormais représenté par Me Karim Hichri, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour de céans, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} mars 2017, subsidiairement au maintien de la rente d'invalidité de 39 % au-delà du 28 février 2017. Encore plus subsidiairement, il a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a fait valoir que le rapport du Dr J._____ était contradictoire avec celui de la Dresse G._____, plus récent, qui retenait une incapacité de travail sur le plan psychiatrique. La CNA ne pouvait écarter ce rapport sans autre considération, notamment une instruction complémentaire, et a de ce fait violé le principe inquisitoire. En outre, les médecins du Z._____ avaient fait état d'une incapacité de travail de 20 % dans une activité adaptée en raison de limitations fonctionnelles au niveau du haut et du bas du corps, alors que la CNA n'avait pris en compte que celles relatives au bas du corps. Enfin, les DPT retenues étaient inadéquates, dès lors qu'elles ne tenaient pas compte de sa situation actuelle au plan psychiatrique et des limitations fonctionnelles touchant le haut du corps.

Dans sa réponse du 22 août 2017, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. Elle a

soutenu que le rapport de la Dresse G. _____ ne se déterminait pas sur le lien de causalité avec l'accident du 7 octobre 2002, ni sur la capacité de travail. En revanche, le Dr J. _____ avait retenu que le tableau clinique psychique actuel était influencé par des facteurs étrangers à l'accident et que les troubles ne se présentaient plus comme une séquelle directe de celui-ci. Faut de lien de causalité avec l'accident, les troubles ne sauraient être mis à la charge de la CNA. De surcroît, le Dr J. _____ avait démontré que ces troubles n'étaient pas incapacitants. Par ailleurs, les DPT sélectionnées respectaient les limitations fonctionnelles telles que définies par le Dr B. _____, soit une activité légère ne nécessitant pas de longues déambulations et autorisant des positions alternées. S'agissant des troubles au membre supérieur gauche, le Dr B. _____ avait relevé que l'essentiel des séquelles de cet avant-bras étaient manifestement en rapport avec un accident survenu dans l'adolescence.

Par réplique du 28 septembre 2017, le recourant a soutenu que la Dresse G. _____ avait toutes les compétences requises pour se prononcer sur son état de santé psychiatrique. En outre, celle-ci faisait remonter les diagnostics à une période antérieure à la décision d'octroi de la rente d'invalidité. Si la causalité entre l'accident et les troubles n'avait pas été donnée, cette spécialiste n'aurait pas manqué de le faire savoir, dès lors qu'elle avait débuté son rapport par l'accident de 2002. S'agissant du volet somatique, la CNA n'avait pas investigué la question de savoir si l'incapacité de travail de 20 % admise par les médecins du Z. _____ était en lien avec des séquelles tardives de l'accident de 2002. Ces spécialistes mentionnaient que l'accident avait pour conséquence de limiter la mobilité de l'épaule gauche. Ainsi, on ne saurait se fonder uniquement sur le rapport du Dr B. _____.

Par décision du 23 octobre 2017, la juge en charge de l'instruction a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 1^{er} juin 2017, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri.

Le 13 novembre 2017, l'intimée a maintenu ses conclusions.

Le 16 avril 2018, Me Hichri a renoncé à déposer une liste de ses opérations.

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 [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (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).

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

b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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

ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 et ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à réduire la rente d'invalidité du recourant de 39 % à 17 % à compter du 1^{er} mars 2017.

3. a) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

b) Les prestations de l'assurance-accidents sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). Constitue un accident au sens de cette disposition 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 LPGGA).

Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 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 apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. 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 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 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C_21/2016 du 20 septembre 2016 consid. 3.1). Si 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2).

Le droit aux prestations suppose encore qu'un lien de causalité adéquate soit établi entre l'événement dommageable de caractère 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, 129 V 402 consid. 2.2).

c) Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 in initio LAA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité est réputée incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les

traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

d) Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Pour déterminer s'il y a motif à réviser une rente, il convient d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité peut donner lieu à une révision de la rente. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 130 V 343 consid. 3.5).

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – 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).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon 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 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

5. En l'espèce, l'intimée a retenu que l'état de l'assuré s'était amélioré depuis la décision sur opposition du 25 mars 2010, celui-ci présentant désormais une capacité totale de travail dans une activité adaptée, ce que ce dernier conteste.

a) Sur le plan psychiatrique, la CNA s'était fondée à l'époque sur l'appréciation de la Dresse M._____, qui avait posé les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, de trouble douloureux somatoforme persistant et de dysthymie, lesquels entraînaient selon elle une incapacité de travail de 30 %.

Dans le cadre de la décision sur opposition litigieuse, la CNA s'est basée sur l'expertise du Dr J._____ du 9 septembre 2016. Celle-ci a fait suite à un examen complet du dossier et a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. Les plaintes de l'assuré ont été exposées et prises en compte. L'appréciation de la situation médicale est de surcroît claire. Le psychiatre a en particulier expliqué que l'anamnèse et son examen, entre autres, ne permettaient plus de retenir une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, comme l'avait fait la Dresse M._____ en 2006 et 2008. Il a en outre détaillé les raisons pour lesquelles il ne retenait pas un trouble somatoforme persistant (cf. p. 24-25 de l'expertise), conclusion à laquelle sont également parvenus les experts du Z._____ en 2014. En particulier, il a relevé que les plaintes de l'assuré ne concordaient pas avec les éléments objectivables de l'examen. Notamment, l'observation de l'expertisé déambulant dans la rue de manière détendue, sans signe de difficulté de marche, après la partie formelle de l'examen, contrastait avec la boiterie et les mouvements lents présentés au cabinet de l'expert. La faible mise à contribution des options thérapeutiques laissait en outre planer des doutes quant à l'importance réelle des douleurs. De surcroît, les plaintes de l'assuré n'entraînaient pas de limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines de la vie (trajets en voiture jusqu'en [...], pratique du vélo, exécution de la plupart des tâches ménagères, etc.). Le Dr J._____ a exposé qu'il y avait une amélioration manifeste de l'état psychique de l'expertisé, qui présentait uniquement une dysthymie, une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et une accentuation de traits de personnalité sensitive, diagnostics que l'expert a

étayés. Selon lui, ces troubles ne justifiaient pas d'incapacité de travail durable.

Par ailleurs, s'agissant du lien de causalité avec l'accident du 7 octobre 2002, le Dr J._____ a expliqué avec soin les raisons pour lesquelles il retenait que ces atteintes ne se présentaient plus comme des séquelles directes, même très partielles, dudit accident. Il a en effet relevé que l'intéressé avait fait preuve de capacité d'adaptation, ayant notamment pu surmonter l'échec de son mariage et s'engager dans une nouvelle relation sentimentale, tout en menant une vie active dans un cadre psychosocial stable, marqué par des relations proches autant au plan familial qu'amical. L'expert a ajouté que le tableau psychique actuel paraissait influencé par des facteurs étrangers à cet accident, comme des difficultés à trouver une activité professionnelle adaptée et une suite de déceptions personnelles. Ces difficultés s'expliquaient par des facteurs sortant du champ médical, comme deux ruptures sentimentales, l'absence d'une formation professionnelle ou d'une scolarisation en français, des difficultés de la langue, ainsi que par le marché du travail.

Les conclusions du Dr J._____, claires et convaincantes, sont bien motivées. Cette expertise remplissant les critères pour se voir reconnaître valeur probante, il y a lieu de s'y rallier.

Les autres documents médicaux figurant au dossier, même ceux plus récents, ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions du Dr J._____. En particulier, la Dresse G._____ s'est limitée à attester une incapacité de travail temporaire du 22 décembre 2016 au 29 janvier 2017, soit liée au séjour qu'avait effectué le recourant à la [...] du 22 décembre 2016 au 27 janvier 2017. Elle ne s'est pas prononcée plus avant sur la capacité de travail de l'assuré, contrairement à ce qu'il soutient. En outre, le Dr J._____ a écarté de manière convaincante et motivée le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, ce qui ne saurait être remis en cause par le rapport de la Dresse G._____, qui n'est pas étayé sur ce point. De surcroît, cette spécialiste n'a pas analysé la question de savoir si les diagnostics qu'elle

avait posés étaient séquellaires à l'accident de 2002. Le seul fait qu'elle a mentionné, sous le diagnostic de trouble douloureux chronique, un statut après cet accident, ne permet pas de conclure à un lien de causalité avec les troubles actuels. En définitive, elle n'a pas établi l'existence d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions du Dr J._____. Dans ces circonstances, on ne saurait reprocher à l'intimée de ne pas avoir procédé à une instruction complémentaire à la réception du rapport de la Dresse G._____.

Par ailleurs, le recourant se prévaut en vain des difficultés signalées dans le compte-rendu du 31 octobre 2016 de la E._____. Le rôle de cette dernière n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de l'assuré, ni sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail. D'une manière générale, les données médicales permettent une appréciation objective du cas ; elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 3.2 et 9C_28/2012 du 20 juin 2012 consid. 5.2 avec les références citées). Il ressort du rapport de la E._____ que des éléments subjectifs n'ayant pas à être pris en compte dans la présente procédure ont influé sur le déroulement du stage, l'assuré ayant fréquemment parlé de son vécu, de son divorce et de ses problèmes de garde d'enfants. Les observations figurant dans ce rapport ne sauraient ainsi l'emporter sur les conclusions du Dr J._____.

b) Sur le plan somatique, la CNA avait déjà retenu, dans sa dernière décision sur opposition, que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Elle se fondait à cet égard sur l'appréciation du Dr B._____.

Les éléments figurant au dossier ne sont pas susceptibles d'admettre une quelconque aggravation. Contrairement à ce que soutient

le recourant, l'incapacité de travail de 20 % retenue par les experts du Z._____ était liée non pas aux atteintes physiques, mais au diagnostic de modification durable de la personnalité (cf. p. 28 de l'expertise). Tel que susmentionné, ce dernier n'a plus été retenu par le Dr J._____.

c) Au vu de ce qui précède, la CNA était légitimée à considérer que l'assuré présentait désormais une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

6. Le recourant critique encore le revenu d'invalidé pris en compte par l'intimée, soutenant qu'elle s'est fondée sur des DPT ne prenant pas en considération sa situation actuelle.

a) Chez les assurés actifs – soit les assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à plein temps –, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. 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. 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

Pour fixer le revenu d'invalidé, on se fondera sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident. Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence ; la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de

postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées). Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

b) En l'occurrence, l'intimée a déterminé le revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant de cinq DPT, et a ainsi retenu un revenu de 54'985 francs. Le recourant fait valoir que ces DPT tenaient uniquement compte des limitations fonctionnelles du bas du corps, mais non du haut. Elles ne prenaient en outre pas en considération sa situation actuelle au plan psychiatrique.

Le bien-fondé du choix des DPT opéré par l'intimée doit être examiné uniquement à la lumière des lésions se trouvant en lien de causalité avec l'accident de circulation de 2002. Les experts du Z. _____ ont certes fait état de différentes limitations fonctionnelles liées au membre supérieur gauche. Toutefois, ils ont indiqué qu'il y avait des séquelles d'un accident de guerre en 1992 et de l'accident de circulation de 2002, sans analyser plus avant la question de la causalité. En revanche, le Dr B. _____ avait quant à lui pris soin de préciser que l'essentiel des séquelles de l'avant-bras gauche étaient manifestement en rapport avec l'accident survenu dans l'adolescence. A cet égard, il n'avait pas retenu d'autres limitations que l'exercice d'une activité légère (cf. rapport du 30 juillet 2004). Il n'avait pas fait état de problèmes à l'épaule gauche. Par la suite, en 2009, après avoir à nouveau examiné l'assuré, le Dr B. _____ a intégralement confirmé son appréciation (cf. rapport du 14 octobre 2009). En prenant en outre en compte la lésion subie lors de l'accident de 2002, soit une fracture du cubitus médio-diaphysaire, l'on peine à retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une limitation de la mobilité de l'épaule gauche comme conséquence de cet accident, étant de surcroît relevé que les experts du Z. _____ ont signalé

à cet égard des signes de douleurs sous-acromiales et des tests de coiffe positifs. Pour le surplus, il convient de constater que dans le choix des DPT, la CNA a pris en compte la nécessité d'une activité légère et les limitations fonctionnelles liées au bas du corps déterminées par le Dr B._____.

Du point de vue psychiatrique, tel que susmentionné, il y a lieu de retenir que les atteintes actuelles ne se trouvent pas en relation de causalité avec l'accident de 2002 et qu'au demeurant, la capacité de travail est entière, sans limitation.

Les DPT choisies par la CNA ne sont donc pas critiquables. Cette dernière a en outre respecté les conditions imposées par la jurisprudence en la matière (cf. consid. 6a supra). Le revenu d'invalidé de 54'985 fr. ne prête ainsi pas le flanc à la critique.

Quant au revenu sans invalidité de 66'430 fr., la CNA l'a fixé correctement en tenant compte des informations transmises par l'ancien employeur du recourant. Il n'a au demeurant pas été contesté.

Il résulte de la comparaison du revenu d'invalidé avec celui que l'assuré aurait pu obtenir sans invalidité un préjudice économique de 17.22 %, de sorte que l'intimée était fondée à abaisser la rente à 17 %.

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires.

Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office

pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

En l'occurrence, Me Hichri ayant renoncé à déposer la liste de ses opérations, la Cour de céans statue en équité et fixe l'indemnité d'office à 1'800 fr., débours et TVA compris.

**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 5 mai 2017 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.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Karim Hichri est arrêtée à 1'800 fr. (mille huit cents francs), débours et TVA compris.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Hichri (pour D. _____)
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :