

## VD\_FINDINFO AA 22/14 - 73/2015 vom 14. Juli 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-07-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AA\\_22\\_14\\_-\\_73\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_22_14_-_73_2015)

FR: VD\_FINDINFO AA 22/14 - 73/2015 du 14 juillet 2015

IT: VD\_FINDINFO AA 22/14 - 73/2015 del 14 luglio 2015

### Regeste

ACCIDENT PROFESSIONNEL, REVENU D'INVALIDE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE | 18 al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 16 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 7 al. 2 LPGA, 8 al. 1 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 14.07.2015 AA 22/14 - 73/2015

ACCIDENT PROFESSIONNEL, REVENU D'INVALIDE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE | 18 al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 16 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 7 al. 2 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AA 22/14 - 73/2015 ZA14.006730 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 14 juillet 2015 \_\_\_\_\_

Composition : Mme Dessaux , présidente Mme Rossier et M. Gutmann, assesseurs Greffière : Mme Pellaton \*\*\*\*\* Cause pendante entre : M. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, représenté par Me Gilles Miauton, avocat à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne \_\_\_\_\_ Art. 7 al. 1 et 2, 8 al. 1 et 16 LPGA ; art. 6 al. 1, 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA E n f a i t : A. a) M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972 au Portugal, soudeur-tuyauteur de profession, était employé pour le compte de l'agence intérimaire I. \_\_\_\_\_. Il travaillait pour l'entreprise C. \_\_\_\_\_, lorsque, le 3 juin 2010, il s'est fait prendre la main gauche, ainsi qu'une partie de la main droite dans une presse. L'accident a entraîné des lésions de l'index et du majeur de la main droite, ainsi qu'un important délabrement cutané des doigts longs de la main gauche. L'assuré a subi plusieurs interventions chirurgicales sur les deux mains le jour même, dont une amputation trans-métacarpienne des doigts longs de la main gauche, associée à une couverture par un lambeau pédicule de Mac Gregor (cf. protocoles opératoires du 3 juin 2010 de la Clinique N. \_\_\_\_\_). L'assuré n'a pas repris son activité professionnelle. b) La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) a pris en charge les suites du cas (frais de traitements et indemnités journalières). c) L'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 6 août 2010. B. L'assuré a séjourné à la J. \_\_\_\_\_ (ci-après : la J. \_\_\_\_\_) du 30 juin 2010 au 6 septembre 2010. Il ressort d'un rapport du 28 septembre 2012 les diagnostics suivants : « - Traumatisme par écrasement des deux mains le 03.06.2010 - s/p main G [gauche] mutilée le 03.6.2010 avec amputation trans-métacarpienne des doigts de la main G, confection d'un lambeau inguinal selon Mc Gregor le 03.6.2010 et immobilisation de la main G. Autonomisation du lambeau de son site donneur et adaptation de la peau du pédicule par suture au site receveur de la main G le 17.6.2010. - Main D [droite] : fracture du processus unguéal, déchirure du lit de l'ongle, luxation de l'ongle de P3 D2, traitement

par suture du lit de l'ongle, suture de la plaie, remise de l'ongle. - Main D : fracture diaphysaire ouverte de P2 et déchirure du fléchisseur profond de D3, traitement pas OST P2 par 2 broches, suture du fléchisseur profond selon Kirchmayer et suture de la plaie le 03.6.2010. - Ablation de 2 broches et mini-AVR P2, D3 de la main droite le 28.07.2010. »

La situation médicale n'était pas stabilisée et une intervention sur la main droite était prévue. La poursuite du traitement ambulatoire d'ergothérapie et de physiothérapie était préconisée. L'intervention précitée a été effectuée le 31 janvier 2011 par le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à la Clinique N.\_\_\_\_\_. C. a) L'assuré a été examiné le 17 juin 2011 par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, médecin d'arrondissement de la CNA. Ce dernier a noté, concernant la main droite, une tuméfaction à la base du métacarpe II, douloureuse même à la palpation légère. L'enroulement des longs doigts était diminué. L'extension était complète et la force de préhension au Jamar de 5 kg. Concernant la main gauche, le moignon était calme et indolore et la pince pouce/métacarpien II satisfaisante. Selon le Dr W.\_\_\_\_\_, l'évolution à une année était objectivement correcte au vu de l'importance des lésions. L'intégration de la main droite dans les activités de la vie quotidienne ne semblait toutefois pas satisfaisante et des facteurs contextuels pouvaient jouer un rôle dans la stagnation de l'évolution. D'après les renseignements de la Clinique N.\_\_\_\_\_, des mesures chirurgicales étaient proposées. Au vu de la situation, le Dr W.\_\_\_\_\_ a estimé indiquée la réalisation d'un bilan à la J.\_\_\_\_\_. b) Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a vu l'assuré le 1<sup>er</sup> septembre 2011 et a remis à la CNA une synthèse de la consultation. Il mentionnait quelques douleurs au poignet gauche, de caractère supportable, ainsi qu'une situation stable au niveau de l'index et du majeur de la main droite. Au niveau de la subluxation de l'articulation carpo-métacarpienne II avec arrachement ostéo-ligamentaire était relevée une augmentation des douleurs, provoquant apparemment une difficulté d'enroulement de tous les longs doigts. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ prévoyait une intervention. Il notait à l'instar du Dr W.\_\_\_\_\_ une discrédence entre ce que l'on pouvait attendre comme symptômes d'une telle lésion et la perception subjective des douleurs, et la répercussion sur la fonction. La lésion avait néanmoins pu être objectivée radiologiquement. On pouvait donc s'attendre à une certaine symptomatologie. c) Le 7 septembre 2011, la J.\_\_\_\_\_ a remis à la CNA un rapport rédigé par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie mandaté pour un consilium de l'appareil locomoteur. On en retient ce qui suit : « Appréciation et discussion [...] Les plaintes concernent essentiellement des douleurs : au niveau de la main G, il s'agit plutôt de douleurs mécaniques, aussi parfois de douleurs de type électricité et paresthésies dans la main. Par contre, ceci m'a été confirmé par la Dresse [...] ce jour qui l'avait suivi lors de son séjour, l'allodynie du moignon a complètement disparu. Au niveau de la main D, les plaintes sont surtout des douleurs essentiellement à la base du 2<sup>ème</sup> métacarpien à la jonction avec la carpe, douleurs là aussi plutôt mécaniques. De façon moins importante, il présente des douleurs de l'épaule G et une hypo-esthésie au niveau de la prise de greffe de la crête iliaque G. On note que le patient déclare avoir un moral très bas, ne plus sortir de chez lui et ne faire que très peu d'activité à la maison où il reçoit de l'aide à la fois pour les repas, parfois pour la toilette, le ménage. Depuis la sortie de la J.\_\_\_\_\_ l'année dernière, on a l'impression que la situation a peu évolué. Le patient ne prend actuellement aucun traitement et ne fait aucune séance de physio- ou d'ergothérapie. Au status, on note chez un patient au comportement douloureux marqué et à la collaboration médiocre une limitation modérée de l'épaule G avec des tests de coiffe parfaitement tenus et des tests de conflit douteux. Au niveau du coude, il n'y a pas de plainte mais le patient se dit incapable de faire

une supination et 30 sec. après tient son coude en supination complète sans aucun problème. Au niveau de la main G, il n'y a plus d'allodynie, le moignon est calme, il n'est pas très sensible et on note une discrète douleur à la partie externe ulnaire de la cicatrice. Il est capable de tenir entre le pouce et le moignon de l'index un stylo. [...] Au niveau du pouce restant, la mobilité est bonne et il n'y a pas de plainte douloureuse. Par contre, le poignet est déclaré douloureux à la mobilisation et l'approche analytique de ce poignet n'a pas été possible en raison des douleurs déclarées. Au niveau de la main D, la mobilité du poignet est tout à fait correcte bien qu'elle soit douloureuse. On note surtout une main qui ne ferme pas complètement avec une distance pulpe-paume entre 5 et 6 cm à tous les doigts, réductible simplement sur les 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts mais pas sur l'index et le majeur. Le patient déclare des douleurs très fortes à la palpation au niveau de la jonction carpo-métacarpienne du 2<sup>ème</sup> métacarpien. A noter qu'au niveau des 2 mains, il n'y a aucun trouble dystrophique. Sur le plan psychiatrique le patient a été évalué par notre collègue psychiatre qui l'avait déjà rencontré lors de son précédent séjour. L'entretien a eu lieu avec l'aide d'un interprète. Il est retenu comme diagnostic actuel un épisode dépressif léger avec syndrome somatique (cf. rapport). Le diagnostic d'état de stress post-traumatique n'est pas retenu [...]. On note une personnalité particulière avec en particulier des traits narcissiques et une attitude revendicatrice qui est interprétée comme une protection de l'estime de soi [...]. Le patient demande à être suivi par un psychothérapeute et il nous paraît licite d'appuyer cette demande [...]. Pour essayer de préciser les limitations fonctionnelles, un bilan en ergothérapie a été réalisé qui a pu être comparé à celui pratiqué lors du séjour du patient dans notre établissement. Le bilan 400 points qui est un bilan d'évaluation fonctionnelle global de la main est à 14 % au niveau de la main D avec une force de préhension qui est à 6 kgs. A noter que lors de [la] passation de cette épreuve, le patient a déclaré qu'il ne pouvait pas réaliser la 3<sup>ème</sup> épreuve qui est la prise mono-manuelle et déplacement d'objets alors qu'il s'agit d'objets le plus souvent légers et il n'a pas pu terminer l'épreuve 4 qui est l'épreuve bi-manuelle. Pour mémoire, lors du bilan 400 points effectué au mois d'août 2010, le pourcentage d'utilisation fonctionnelle de la main D était de 35 % avec une mobilité de la main qui était à 62 %, une force à 15 % (Jamar à 16 kgs) et les épreuves 3 et 4 étaient réalisées. Au niveau de la main G, le pourcentage d'utilisation fonctionnelle actuel est de 8 % et en août 2010, ce pourcentage était de 19 %. Il est actuellement difficile d'expliquer pourquoi le patient a des résultats au bilan 400 points moins bons qu'en août 2010 alors que la situation globale est meilleure qu'à l'époque. J'interprète ces plus mauvais résultats par la colère du patient, par des auto-limitations, par son état psychique et par l'absence de volonté à réaliser 2 des 4 épreuves. Sur le plan médical, l'état ne semble pas tout à fait stabilisé à droite puisque l'arthrodèse n'est pas consolidée [...]. Au niveau de la main gauche pour moi la situation est stabilisée. Je ne pense pas qu'actuellement il y ait d'indication à reprendre un traitement en ergothérapie ou en physiothérapie, je crois plutôt utile que le patient puisse entamer effectivement un suivi psychologique. A terme, au niveau de la main droite le pronostic me paraît plutôt bon au vu des lésions initiales mais cette main me paraît notablement sous-utilisée. Il est certain que le handicap perçu par le patient est très important ce qu'on peut comprendre au vu des lésions de la main gauche mais mon impression est qu'il devrait être capable de mettre en valeur une bien meilleure utilisation de sa main droite. [...] on pourrait très bien imaginer que le patient puisse avoir une activité très légère avec sa main droite en utilisant la main gauche comme main d'appoint et de stabilisation. » d) Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a effectué une nouvelle intervention sur la main droite de l'assuré le 13 septembre 2011. La plaque posée à cette

occasion a été retirée le 31 janvier 2012. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2012, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a noté que la situation de la main droite s'était péjorée ensuite de l'ablation des plaques. Devant la persistance des symptômes et du déficit de consolidation radiologique, une nouvelle intervention a été effectuée à la Clinique N. \_\_\_\_\_ le 3 mai 2012, par le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main. Ce médecin a noté, dans un rapport du 5 novembre 2012, une consolidation complète de la 2<sup>e</sup> articulation carpo-métacarpienne de la main droite. Elle était stable et très peu douloureuse à la palpation profonde. Une douleur au froid était évoquée en relation avec la main gauche. Le Dr P. \_\_\_\_\_ proposait une évaluation de la capacité professionnelle. La capacité théorique pouvait être de 100 % dans un travail adapté, sans demande de manutention précise à deux mains. L'incapacité de travail était pour l'heure totale, une réévaluation était prévue à deux mois. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical le 15 janvier 2013, après avoir revu l'assuré. Quelques douleurs persistaient au dos de la main droite selon l'assuré. Au status, le Dr P. \_\_\_\_\_ notait une stabilité du déficit de flexion des doigts avec une distance pulpe-pli à 3.5 cm pour l'index, 4 cm pour le médus et 0 cm pour l'annulaire et l'auriculaire. L'extension du poignet droit s'était améliorée, de même que la force, avec une prise de force de la poigne du Jamar à 16 kg, avec toutefois des douleurs au niveau de la 3<sup>e</sup> carpo-métacarpienne. La capacité de travail en tant que mécanicien sur bateau, mécanicien ou soudeur était définitivement nulle. Les démarches en vue d'une réinsertion professionnelle étaient préconisées. e) Dans le but d'établir un bilan final, l'assuré a été examiné le 6 mars 2013 par le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la CNA. Ont été effectués à cette occasion plusieurs tests, dont un test de Jamar à droite, révélant une force de 18-16 kg. Du rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 18 mars 2013, on extrait ce qui suit : « 5. Appréciation [...] L'assuré n'a plus de traitement de physiothérapie ni d'ergothérapie. Il poursuit quotidiennement une médication antalgique (Dafalgan® 1gr 1cp/j.) et anti-inflammatoires (Diclofénac® 50mg 2x1 cp/j.) en raison de douleurs de la main D. Diverses orthèses confectionnées pour la main G ne sont plus portées. [...] Sur le plan subjectif, concernant la main D, il [l'assuré] se plaint de douleurs dorsales de la main, à la mobilisation (en pro-supination et en déviation radiale et cubitale), de douleurs nocturnes et parfois de repos. Le port de charges est limité à 5-10 kg. Il se plaint également d'hypo-dyesthésies de la pulpe de l'index et du médus D. Concernant la main G, il se plaint de douleurs à l'exposition au froid, de sensations de brûlures, de douleurs pulsatiles occasionnelles et de douleurs dues aux vibrations qui l'empêchent de conduire. Concernant l'épaule G, il annonce des douleurs mécaniques et nocturnes. [...] Sur le plan objectif, concernant la main D, on constate une discrète tuméfaction du dos de la main, une discrète limitation en flexion/extension et supination du poignet, une limitation de la flexion de l'index et du médus et une hypo-dyesthésie de l'index et du médus. A l'imagerie, les arthrodèses IPP du médus D et de l'articulation carpo-métacarpienne du 2<sup>ème</sup> rayon de la main D sont consolidées. Concernant la main G, l'amputation trans-métacarpienne des doigts longs est couverte par un lambeau qui est bien intégré et bien étoffé. Le pouce est indolore et sa fonction est complète. Concernant l'épaule G, la trophicité musculaire est conservée, la mobilité est diminuée et l'examen de la coiffe des rotateurs montre un signe de Jobe, de Patte et un Palm-up douloureux mais bien tenus. On retrouve également des signes douteux de conflit sous acromial. [...] Sur le plan médical, la situation est suffisamment stabilisée pour établir un bilan des séquelles lésionnelles. Les troubles actuels requièrent la poursuite d'un suivi médical espacé à long terme et la prescription ponctuelle de mesure d'antalgie et

d'anti-inflammatoire. Le traitement de physiothérapie est interrompu mais on ne peut exclure une reprise de ce traitement en cas d'aggravation future. Le port d'une orthèse au MSG est inutile car elle est mal tolérée. Sur le plan assécurologique, une reprise du travail dans une activité de serrurier-soudeur et de mécanicien sur bateaux n'est pas exigible. Par contre, cet assuré peut mettre en valeur une pleine capacité dans une activité adaptée, avec les limitations suivantes pour le membre supérieur D : pas de port de charge supérieur à 5-10 kg, pas de travaux de force, pas de mouvements de torsion et pas de mouvements répétitifs du poignet. Les limitations suivantes pour le membre supérieur G sont à observer : utilisation de la main uniquement en soutien et pas de travaux au-delà de 30° au-dessus de l'horizontale pour l'épaule. » Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a évalué l'atteinte à l'intégrité à 50 %. Il a justifié son évaluation de la manière suivante : « Pour la main gauche Notre estimation se base sur la table 3, page 3.5, figure 34 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA ; pour une amputation trans-métacarpienne, taux : 30 %. Pour l'épaule gauche Notre estimation se base sur la table 1, page 1.2, des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA ; pour une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale taux : 10 %. Cela correspond également à une périarthrite scapulo-humérale de gravité moyenne, taux : 10 %. Pour la main droite Notre estimation se base sur la table 5, page 5.2, des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA pour une arthrodèse intra carpienne, taux : 10 %. Nous renonçons à une pondération ce qui permet de compenser la limitation de fonction du poignet D, l'atteinte sensitive et fonctionnelle de l'index et du médus D et l'atteinte sensitive en aval de la crête iliaque G. Cette estimation se fonde sur notre appréciation actuelle et devra être modifiée en cas d'aggravation. » f) L'assuré a été revu par le Dr P.\_\_\_\_\_, lequel a rendu un rapport le 28 juin 2013, dont la teneur est la suivante : « [...] M. M.\_\_\_\_\_ a commencé un stage d'un mois AI en mécanique à l'A.\_\_\_\_\_ où il fait du dessin au crayon de pièces mécaniques. Le patient se plaint de douleurs à la base dorsale des 2 e et 3 e métacarpiens, mais il est difficile de savoir vraiment comment ces douleurs ont évolué dans le temps. L'antalgie consiste à deux comprimés de Dafalgan 1g. et du Voltarène 50 mg en réserve. Au status de la main droite, absence de récupération de sensibilité au niveau de la pulpe du médus droit, alors que les pédicules avaient été considérés comme intacts par le Dr Z.\_\_\_\_\_ durant la première intervention de reconstruction. Il y a donc une sensibilité S0 sur le médus droit S1 sur la pulpe ulnaire de l'index et S2 sur la pulpe radiale de l'index. La palpation des carpo-métacarpiennes et du carpe dans sa globalité est indolore mais les douleurs sont réveillées en flexion passive du poignet en appuyant sur la tête du 2 e métacarpien avec des douleurs localisées par le patient à la base du 2 e métacarpien. Discrète amélioration de la flexion active des doigts avec une distance pulpe-pli à 3 cm sur l'index, 4 cm sur le médus et 0 cm pour l'annulaire et l'auriculaire. Légère progression de la mobilité du poignet avec une extension-flexion à 50-0-45. Le Jamar du poignet droit est ce jour de 5 kg (16 kg le 11.01.13). Le patient était ce jour, comme à l'habitude, très démonstratif sur l'intensité des douleurs provoquées à l'utilisation de sa main droite. Aujourd'hui il se plaignait principalement de douleurs sur la face dorsale de l'avant-bras droit. L'état actuel de ses deux mains doit être jugé comme stable et définitif. Comme mentionné dans ma lettre du 5 novembre 2012 et 5 janvier 2013, la capacité de travail doit être jugée définitivement comme nulle dans ses activités initiales de mécanicien sur bateaux, mécanicien et soudeur. L'atteinte de la main gauche est sévère avec une amputation trans-MP de tous les doigts longs et une fonction résiduelle se limitant à une pince pouce-paume. Je n'ai aucun plan ni médical ni chirurgical pour améliorer la fonction

de la main droite. Le type d'activité professionnelle que M. M. \_\_\_\_\_ pourra pratiquer dans le futur dépendra néanmoins de sa motivation personnelle. Je ne peux ainsi malheureusement pas vous préciser plus avant la fonction résiduelle concrète manuelle de ce patient. Le traitement médical a été terminé en date du 26 juin 2013 et je n'ai pas prévu de rendez-vous de contrôle. » D. Dans le cadre de sa demande de prestations de l'assurance-invalidité, l'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle du 12 juin 2013 au 12 juillet 2013 auprès d'A. \_\_\_\_\_ (ci-après : A. \_\_\_\_\_). Cette association a rendu un rapport le 10 juillet 2013. Les travaux réalisés étaient les suivants : conditionnement en sachets de trombones à l'aide d'une balance électronique, conditionnement en sachets de billes en plastique à l'aide d'une balance électronique, coloriage de formes géométriques, divers croquis, et dessins de machines, dessins techniques de pièces mécaniques, exercice de démontage de pièces mécaniques et exercice de découpage à l'aide d'une petite scie électrique. Sous la rubrique « aptitudes pratiques et manuelles », il a été noté une bonne motricité globale. Pour les actes courants de la vie quotidienne ou pour des activités ne nécessitant pas une préhension fine et précise d'objets, l'habileté manuelle de l'assuré était suffisante. En revanche, pour réaliser des tâches de petite mécanique, l'assuré était très vite limité au niveau de la motricité manuelle. Il disait ressentir rapidement des douleurs, même sur des activités simples et très légères. La coordination des mouvements était faible en raison des limitations fonctionnelles et des douleurs ressenties. L'endurance physique était très faible dès qu'il devait utiliser ses mains. Concernant les aptitudes professionnelles, la qualité du travail était faible sur des travaux légers et précis. En revanche, sur des travaux de dessin et de petit conditionnement, la qualité du travail était meilleure malgré une lenteur d'exécution. La performance était très faible et difficilement évaluable. Son rendement n'était pas exploitable dans l'économie. Il montrait une bonne assiduité au travail. Il était encore noté une ponctualité irréprochable, une bonne motivation malgré le handicap et de bonnes relations avec les collègues et les responsables. Le rapport d'A. \_\_\_\_\_ contient encore les commentaires suivants sur le déroulement du stage : « Informations générale sur l'assuré : [...] Sa main droite (il est droitier) a également été touchée et il dit avoir perdu la souplesse et la sensibilité au niveau du majeur opéré (broches). Pour travailler, il utilise essentiellement le pouce, l'annulaire et l'auriculaire. Sa main gauche lui sert principalement à positionner ou à porter des objets. Etat de santé physique et psychique : Physiquement, M. M. \_\_\_\_\_ est considérablement diminué au niveau de la dextérité, de l'habileté et de la coordination des mouvements en raison de ses limitations au niveau des deux mains. Il se plaint également de douleurs au niveau de la main droite qu'il attribue aux opérations qu'il a subies et qui le freinent dans la réalisation d'activités même simples, légères et sans port de charge. En mécanique, seules quelques activités ont pu lui être soumises. Psychiquement, nous n'avons rien observé de particulier. Il garde le moral malgré son handicap et malgré sa situation sociale qui reste précaire (il dit ne pas avoir de logement fixe sur Lausanne et se plaint de difficultés d'ordre financier). Comportement socio-professionnel : Malgré une présence et une ponctualité irréprochables et une bonne assiduité au travail, son intégration s'est limitée essentiellement aux personnes parlant le portugais. [...] Synthèse et proposition : Actuellement, au vu de ses importantes limitations fonctionnelles au niveau physique, force est de constater que M. M. \_\_\_\_\_ ne dispose pas d'un potentiel de réadaptation suffisant pour prétendre à une réinsertion dans le domaine de la petite mécanique. En revanche, une activité professionnelle légère, ne faisant pas appel à des mouvements répétitifs avec la main droite et n'exigeant pas de fines manipulations ni l'usage coordonné de ses deux

mains peut être envisagée. [...] » E. Par courrier du 3 septembre 2013, la CNA a informé l'assuré de la prochaine liquidation du cas, l'assurance-invalidité n'instituant pas de mesures de réadaptation. Les quelques contrôles occasionnels et le traitement symptomatique encore nécessaires seraient pris en charge jusqu'à nouvel avis. L'indemnité journalière était arrêtée au 30 septembre 2013. La CNA considérait l'assuré, en ce qui concernait les seules séquelles de l'accident, comme apte à travailler dès le 1<sup>er</sup> octobre 2013 dans la plus forte proportion possible dans une activité adaptée qu'il lui appartenait de trouver. F. La CNA a compilé les descriptions de postes de travail (ci-après : DPT) pouvant correspondre à une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré et a retenu la profession de collaborateur de production, dans les trois fonctions de contrôleur, opérateur sur machine ou conducteur de palan, l'activité de metteur en lames et celle d'hôte d'accueil pour juniors. Les activités de contrôleur et de conducteur de palan ne nécessitaient pas de port de charges et demandaient très souvent le maniement d'objets « léger /à motricité fine ». L'usage des deux mains était partiellement nécessaire. Le salaire pour la première activité allait de 3'710 à 4'060 fr., pour la deuxième de 4'200 à 4'600 francs. Au poste de contrôleur, il s'agissait d'effectuer des contrôles volumétriques, soit tester des pipettes et des doseurs en contrôlant les doses délivrées, à l'aide d'une balance. Cette activité nécessitait une action répétitive du pouce sur le poussoir. L'activité de conducteur de palan consistait à amener des paquets de barres de fer rond ou des bobines de fer enroulé jusqu'à proximité des machines à façonner, cas échéant à reprendre les paquets de fers travaillés pour les charger sur des camions ou les amener dans la zone de stockage. Pour cela, l'employé se trouvait au sol et tenait un boîtier de commande dans une main. Il n'y avait rien à porter, tout au plus à donner une impulsion à la charge suspendue pour l'aligner. Les activités d'opérateur sur machine et de metteur en lames nécessitaient très souvent le port de charge jusqu'à 5 kg et le maniement d'objets « léger/à motricité fine ». L'usage des deux mains était partiellement nécessaire. L'activité d'opérateur sur machine consistait à introduire une pièce plastique, avec la main droite ou gauche, dans un moule puis d'actionner un bouton start. A la fin du cycle, il s'agissait de retirer la pièce et de la poser sur un plateau. Le salaire se situait entre 3'900 et 4'200 francs. L'activité de metteur en lames consistait à laver et dégraisser des cisailles. Il s'agissait dans un premier temps de poser les lames de cisailles sur un panier avec la main droite ou gauche, puis de pousser le panier sur un tapis roulant. L'employé devait ensuite réceptionner le panier à deux mains à la sortie de la machine de lavage et le poser sur un chariot. Le salaire allait de 4'200 à 4'600 francs. L'activité d'hôte d'accueil ne nécessitait pas de port de charges et comprenait très souvent le maniement d'objets « léger/à motricité fine ». L'usage des deux mains n'était pas nécessaire et le salaire se situait entre 3'751 fr. 50 et 4'858 fr. 30. Ce poste était un poste de caissier de piscine, plein air et couverte. G. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a rendu un projet de décision le 8 octobre 2013, octroyant à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2011 au 31 mars 2013. Il a considéré qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013, l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, tel un emploi de commissionnaire de desk, surveillance d'un processus de production, activité industrielle légère, conditionnement, et qui respectait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges au-delà de 5-10 kg, pas de travaux de force et pas de mouvements de torsion et répétitifs du poignet de la main droite. Concernant le membre supérieur gauche, seule l'utilisation de la main en soutien était possible, pas de travaux au-delà de 30° au-dessus de l'horizontale pour l'épaule. Il résultait de la comparaison entre le revenu dans une telle activité soit 52'635 fr. 95 et celui de 74'510 fr.

qu'il aurait obtenu dans son ancienne profession, un degré d'invalidité de 29.36 %, après un abattement de 15 %. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables du fait que l'assuré vivait principalement au Portugal et comprenait mal le français. H. a) Par décision du 17 octobre 2013, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité mensuelle de 1'501 fr. 60, sur la base d'un gain annuel assuré de 80'444 fr., depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2013. Elle a retenu que les investigations sur le plan médical et économique mettaient en évidence une incapacité de gain de 28 %. Ce résultat provenait de la comparaison entre le salaire de 4'494 fr. (13<sup>e</sup> salaire inclus) qu'une activité respectant les limitations fonctionnelles lui permettait d'obtenir et le salaire de 6'210 fr. (13<sup>e</sup> salaire inclus) qu'il aurait réalisé sans l'accident. Il ressortait par ailleurs des éléments dont la CNA disposait que les troubles psychogènes de l'assuré n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, de sorte qu'il n'ouvraient pas de droit à des prestations. Il obtenait par ailleurs une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 63'000 fr., fondée sur un taux global de 50 %. b) L'assuré s'est opposé par son conseil à la décision précitée le 13 novembre 2013, contestant être en mesure de pouvoir réaliser un revenu de 4'494 francs. Il considérait que limitations fonctionnelles retenues ne correspondaient pas aux constatations médicales, ni à la réalité. L'assuré a demandé à la CNA la révision de sa position, respectivement une motivation plus concrète des données sur lesquelles elle s'était basée afin d'établir le salaire hypothétique. La CNA a répondu au conseil de l'assuré par courrier du 22 novembre 2013, lui remettant copie du résultat de la recherche des DPT, et précisant que le revenu annuel exigible après invalidité s'élevait sur cette base à 53'933 francs. Elle a imparti à l'assuré un délai de déterminations au 13 décembre 2013, l'avertissant qu'à défaut de réaction, elle se prononcerait en principe sans autre. L'assuré ne s'est pas déterminé. I. Le 6 janvier 2014, l'OAI a rendu une décision formelle d'octroi de rente entière d'invalidité d'un montant mensuel de 385 fr. du 1<sup>er</sup> juin 2011 au 31 mars 2013. J. Le 16 janvier 2014, la CNA a rendu une décision rejetant l'opposition de l'assuré. Elle a constaté qu'il ne ressortait pas du rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ que celui-ci aurait considéré que le port de charges était limité à 5 kg, mais bien plutôt qu'il ne pouvait pas préciser plus avant la fonction résiduelle concrète manuelle de son patient. Ni le dossier, ni l'opposant ne révélaient l'existence d'avis médicaux motivés laissant planer un doute sur les conclusions du Dr Q. \_\_\_\_\_. Concernant les DPT, la CNA a relevé que l'assuré n'avait formulé aucune objection sur leur choix et sur leur représentativité dans le cas concret. K. Le 17 février 2014, M. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée par l'intermédiaire de son mandataire, concluant préliminairement à la mise en œuvre d'une expertise médicale permettant d'actualiser et d'objectiver ses capacités résiduelles fonctionnelles, principalement à l'annulation de la décision attaquée, à ce qu'il soit prononcé que son atteinte à l'intégrité est de 40.25 % et que la cause soit renvoyée à l'autorité intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Concernant le taux de la rente, il a observé que les rapports des Drs Q. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ différaient. Dans son rapport du 15 janvier 2013, le Dr P. \_\_\_\_\_ constatait une prise de force de la poigne au Jamar à 16 kg, alors qu'en date du 28 juin 2013, elle n'était plus que de 5 kg. Il y avait donc objectivement une péjoration de la force résiduelle de sa main. En outre, le Dr P. \_\_\_\_\_ constatait une absence de récupération de sensibilité au niveau de la pulpe du médius droit. La situation s'était péjorée ici également dans la mesure où les pédicules avaient été considérées comme intactes par le Dr Z. \_\_\_\_\_ durant la première intervention de reconstruction. On ne pouvait imputer à l'assuré une absence de motivation à retrouver un emploi ou une tendance à surjouer sa condition et à exagérer les douleurs dont il souffrait, vu les observations faites par

A.\_\_\_\_\_. Concernant la détermination du salaire d'invalidé, seule la profession de contrôleur pouvait être envisagée parmi les DPT retenues, au vu des conclusions du rapport A.\_\_\_\_\_. Les autres activités ne pouvaient l'être en raison de la motricité fine exigée. Concernant en particulier le poste d'hôte d'accueil, si son handicap n'était pas extrêmement disgracieux, il apparaissait cependant difficilement compatible avec les qualités que l'on attendait d'un hôte d'accueil. En outre, les difficultés que le recourant avait à s'exprimer en français rendaient cet emploi inenvisageable. Compte tenu de sa formation élémentaire, il n'était pas en mesure de revendiquer le salaire maximum de la profession de contrôleur. C'était le minimum de 48'230 fr. qui devait être pris en considération, soit un revenu de 3'710 fr. (13 e salaire inclus). Comparé au gain réalisé en tant que valide de 6'210 fr., il en résultait une perte de 40.25 %. Quand bien même l'on prenait en compte le salaire maximum, la perte s'élevait à 34.62 %. Par réponse du 18 mars 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a en premier lieu observé avoir pris position sur le cas au terme d'une longue instruction, sur la base du dossier médical complet du recourant, mais également d'exams médicaux réalisés par les médecins d'arrondissement de la CNA. Outre les éléments déjà soulevés dans la décision sur opposition, l'intimée a avancé que le résultat inférieur obtenu au test de Jamar semblait davantage la conséquence d'un manque de participation du recourant que d'une réelle péjoration de son état de santé. Les DPT étaient la preuve que des emplois compatibles avec le handicap du recourant existaient, sans charge à soulever ou des charges ne dépassant pas les 5 kg. Force était d'admettre selon l'intimée que les plaintes du recourant relevaient davantage de motifs socio-économiques que médicaux. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé étaient prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et les pertes de gain imputables à des facteurs antérieurs ou étrangers à l'accident ne pouvaient être prises en considération dans l'estimation de l'invalidité. Finalement, les avis médicaux exprimés étaient en réalité plus convergents que divergents et l'intimée disposait de tous les faits déterminants pour lui permettre de trancher le litige. L'on pouvait dès lors sans autre renoncer à la mise en oeuvre de mesures d'instruction complémentaires. Le recourant a maintenu ses conclusions par réplique du 9 avril 2014. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme, est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 4 LPA-VD). 2. Est exclusivement litigieux en l'espèce le revenu d'invalidé, le recourant alléguant une sous-évaluation des limitations fonctionnelles et une incompatibilité des activités ressortant des DPT avec son état de santé et ses capacités. 3. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, et sous réserve de dispositions spéciales de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 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). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

4. a) En premier lieu, il convient de déterminer quelle est la capacité de travail du recourant, plus particulièrement l'étendue des limitations fonctionnelles résultant des atteintes à la santé inhérentes à l'accident. Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 9C\_219/2013 du 13 septembre 2013 consid. 3.1). 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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C\_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2).

b) En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352 ; TF 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

c) En l'espèce, il est admis que la capacité de travail dans l'activité antérieure du recourant est nulle. Selon la CNA, la capacité de travail dans une activité adaptée est de 100 %. Dans son rapport du 5 novembre 2012, le Dr P.\_\_\_\_\_ envisageait une capacité de travail théorique de 100 % dans une activité adaptée. Il ne s'est pas prononcé plus avant sur ce point dans ses rapports ultérieurs préconisant des mesures de réinsertion dans celui du 15 janvier 2013 et réservant la motivation de son patient dans celui du 28 juin 2013. Aucun autre élément médical au dossier ne permet de remettre en cause le principe d'une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée et le recourant lui-même de le contester pas. S'agissant des limitations fonctionnelles, la CNA se fonde sur le rapport de son médecin d'arrondissement, le Dr

Q. \_\_\_\_\_, pour retenir, concernant le membre supérieur droit, l'abstention de port de charges supérieures à 5-10 kg, de travaux de force, de mouvement de torsion ou répétitifs du poignet, et concernant le membre supérieur gauche, une limitation de l'utilisation de la main en soutien uniquement et sans travaux au-delà de 30° au-dessus de l'horizontale pour l'épaule. Le recourant se prévaut quant à lui du rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 28 juin 2013, pour retenir un pégéoration de l'atteinte à sa main droite, plus exactement de sa force résiduelle, et une absence de récupération de sensibilité au niveau de la pulpe du médius droit. Le rapport du médecin traitant du 15 janvier 2013 mentionne un résultat au test de Jamar à droite de 16 kg. Le port de charge de 5 à 10 kg a été admis par le recourant lui-même lors de l'examen clinique du 6 mars 2013 par le médecin d'arrondissement (cf. supra let. C.g en fait) et le test de Jamar effectué à droite à cette occasion a révélé une force de 18-16 kg. Certes, lors de l'examen clinique du 28 juin 2013 auprès du médecin traitant, le Jamar du poignet droit était de 5 kg. Le médecin traitant n'objective toutefois pas cliniquement la diminution du résultat entre le 11 janvier 2013 et le 26 juin 2013 (dates des tests effectués). En revanche, il mentionne une attitude démonstrative du patient. La perception subjective de la douleur et la répercussion sur la fonction avaient déjà été relevées par le Dr Z. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2011. La J. \_\_\_\_\_ avait également noté une pégéoration des résultats des tests d'évaluation de la fonction des mains dans son rapport du 7 septembre 2011 et expliqué ceci par une auto-limitation du recourant. En conséquence et en l'absence d'événements susceptibles d'expliquer la survenance d'une telle pégéoration depuis l'examen clinique du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 6 mars 2013, on ne saurait exclure que lors de l'examen du 26 juin 2013, le recourant n'aura pas réalisé ce test en usant de ses pleines capacités. Quoi qu'il en soit, le Dr Q. \_\_\_\_\_ s'est prononcé sur les limitations fonctionnelles du recourant après un examen clinique approfondi, motivant son analyse par des constatations médicales objectives. Les rapports médicaux du Dr P. \_\_\_\_\_ n'amènent pas d'éléments susceptibles de remettre en cause cette analyse, ce d'autant qu'ils n'entrent pas véritablement en contradiction avec cette dernière. En effet, ce médecin ne se prononce pas sur les fonctions résiduelles des deux mains. Le rapport médical du Dr Q. \_\_\_\_\_ remplit les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 4a), de sorte qu'il doit être suivi. Le recourant fait également valoir une absence de récupération de sensibilité au niveau de la pulpe du médius droit. Elle n'a pas échappé au médecin d'arrondissement, lequel fait effectivement mention d'une hypoesthésie du médius. Il est vraisemblable qu'elle est sans conséquence particulière sur la capacité de travail. Au demeurant, les fonctions du pouce, de l'annulaire et de l'auriculaire droits étant complètes, cette perte de sensibilité ne devrait pas constituer une entrave professionnelle conséquente. Ceci est confirmé par le rapport A. \_\_\_\_\_ puisqu'il retient une capacité entière de travail dans une activité adaptée, tout en connaissant cette perte de sensibilité. L'on remarque encore que le Dr P. \_\_\_\_\_ ne mentionne pas de limitation en lien avec cette hypoesthésie, pas plus qu'aucun autre document au dossier. Finalement, s'il est vrai que le rapport A. \_\_\_\_\_ relève d'importantes limitations fonctionnelles, il n'exclut toutefois pas une activité professionnelle légère ne faisant pas appel à des mouvements répétitifs avec la main droite et n'exigeant pas de fines manipulations, ni l'usage coordonné des deux mains. Ce rapport ne contredit aucunement l'évaluation des limitations fonctionnelles par le médecin d'arrondissement de la CNA, outre qu'en cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré

(TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). Il ressort de ce qui précède que c'est à bon droit que la CNA s'est fondée sur les limitations fonctionnelles décrites par le Dr Q.\_\_\_\_\_ pour délimiter sa recherche de descriptions de poste de travail. 5. En second lieu, il s'agit de déterminer la perte de gain, partant le degré d'invalidité du recourant. a) 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 (TF 8C\_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2 ; Frésard/Moser-Szeless , L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2 e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 165 p. 898). La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGa. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C\_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2). b) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C\_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2 ; Frésard/Moser-Szeless , op. cit ., n° 165 pp. 898-899). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2). c) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine 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 si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1). En l'espèce, le recourant ne remet pas en cause le revenu hypothétique sans invalidité, dont le calcul ne prête pas flanc à la critique. d) Quant au revenu d'invalide, lorsque l'assuré ne met pas, ou pas pleinement, à profit sa capacité de travail après l'accident, il peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (enquête suisse sur la structure des salaires) ou sur les données salariales résultant des DPT (description du poste de travail) établies par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalide, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; Frésard/Moser-Szeless , op. cit , p. 901). Les données salariales qui résultent des DPT ne peuvent toutefois servir au calcul du revenu d'invalide que pour autant

que certaines conditions soient remplies. Ainsi, l'assureur doit communiquer cinq DPT au moins et indiquer également le nombre total de places de travail entrant en considération pour l'assuré et documentées dans sa base de données, de même que le salaire le plus élevé et le plus bas, ainsi que le salaire moyen pour l'ensemble de ces emplois (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF 8C\_647/2013 du 4 juin 2014 consid. 7.1). 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). On précisera encore que c'est la moyenne des salaires moyens issue des DPT qui est déterminante pour calculer le gain d'invalidé (cf. TF 8C\_149/2012 du 16 mai 2012 consid. 2.2 in fine ). e) En l'occurrence, à défaut d'activité exercée par le recourant ensuite de son accident, l'intimée était en droit de recourir aux DPT pour établir le revenu d'invalidé de ce dernier. Le recourant n'a pas formulé de réserves au sujet de l'application des DPT dans le délai imparti à cet effet par la CNA par communication du 22 novembre 2013. Dans son recours, il n'invoque aucune circonstance justifiant l'absence d'objections au stade de la procédure d'opposition de telle sorte que sur ce point, son recours devrait déjà être rejeté à ce stade. Par surabondance de droit, il sera relevé que l'intimée a respecté la procédure imposée par la jurisprudence en matière de sélection de DPT, le choix des DPT n'étant pas critiquable au vu des descriptifs de poste. En effet, il est clairement mentionné pour trois des postes qu'aucune charge ne doit être portée. Pour les deux autres, elles ne dépassent pas 5 kg. Ces postes ne demandent que peu l'usage des deux mains et quand c'est le cas, dans une mesure exigible de la main droite. Bien que la case « maniement d'objets léger/à motricité fine » « très souvent » soit cochée, les descriptifs montrent bien qu'il ne s'agit pas de manipulation fines d'objets. Ainsi ces postes correspondent aux limitations fonctionnelles retenues par la CNA. Les faibles connaissances du recourant en français et l'apparence de son handicap en relation avec le poste de caissier en piscine sont au demeurant sans incidence sur ses capacités résiduelles physiques. Vérifié d'office et par ailleurs non critiqué en soi par le recourant, le calcul du revenu moyen fondé sur les 5 DPT sélectionnées est correct et peut être repris. Ainsi, il résulte de la comparaison des revenus une incapacité de gain de 28 %. f) Au demeurant, on n'aboutirait pas à un résultat plus favorable au recourant en établissant le revenu d'invalidé sur la base des statistiques salariales tirées de l'ESS 2012. Dans le cas d'espèce, le salaire de référence pour des hommes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) était, en 2012 (ESS 2012 ; tableau TA1, niveau de qualification 1, disponible sur le site Internet de l'Office fédéral de la statistique : [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)), de 5'210 fr. par mois, part au treizième salaire comprise. En tenant compte de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2012 (41.7 heures ; La Vie économique, 1/2-2015, p. 92, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 5'431 fr. 43, correspondant à un salaire annuel de 65'177 fr. 10. Compte tenu, à l'instar de l'OAI, d'un taux d'abattement de 15 %, on obtient un revenu d'invalidé de 55'400 fr. 54. Comparé au revenu sans invalidité de 74'520 fr., il s'en suit une perte de gain de 19'119 fr. 47, d'où un taux d'invalidité de 25,66 %. 6. Selon le principe de l'appréciation anticipée des preuves, 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). En l'espèce, les éléments médicaux sur lesquelles s'est fondée l'intimée pour apprécier la capacité de travail résiduelle du recourant sont exhaustifs et ne souffrent d'aucune contradiction. L'expertise médicale requise par le recourant n'a donc pas lieu d'être ordonnée. 7. Il découle des considérants qui précèdent que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LGPA). Par ailleurs, le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LGPA ; art. 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 16 janvier 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Gilles Miauton, avocat (pour M. \_\_\_\_\_), ■ Me Didier Elsig, avocat (pour la 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.