

VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 922 vom 11. Mai 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-05-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__922

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 922 du 11 mai 2011

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 922 del 11 maggio 2011

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, REVENU D'INVALIDE,
ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 18 LAA, 16 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 30

septembre 2009. Par décision du 2 septembre 2009, la caisse a alloué à l'intéressé une rente fondée sur un degré d'invalidité de 18% avec effet au 1^{er} octobre 2009, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% – prestations toutes deux réduites de moitié en vertu de l'art. 37 al. 3 LAA. S'agissant plus particulièrement du calcul de la diminution de la capacité de gain, la CNA a souligné que l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie à condition de pouvoir travailler en position alternée assise/debout. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un salaire annuel d'environ 59'000 fr (selon cinq descriptions de postes de travail [DPT] dans des activités telles que caissier, collaborateur de production et polymécanicien). Comparé au gain de 72'000 fr. réalisable sans l'accident, il résultait une perte de l'ordre de 18%. L'intéressé a fait opposition à cette décision par acte du 5 octobre 2009, contestant pour l'essentiel le taux d'occupation dans une activité adaptée, le revenu d'invalidé et le degré d'atteinte à l'intégrité fixés par la CNA. Par écritures complémentaires du 18 novembre suivant, l'assuré a critiqué les DPT retenues par la caisse pour établir le revenu avec invalidité, motif pris que ces dernières n'étaient pas compatibles avec ses limitations fonctionnelles et que, partant, le revenu d'invalidé, le préjudice économique et le taux d'invalidité avancés par la CNA étaient erronés. e) Entre-temps, soit le 13 octobre 2009, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité et de reclassement professionnel, compte tenu d'un taux d'invalidité de 8%. L'assuré a contesté ce projet par écrit du 18 novembre 2009. F. Par décision sur opposition du 11 décembre 2009, la CNA a partiellement admis l'opposition du 5 octobre 2009 en ce sens que le taux de la rente devait être fixé à 23% au lieu de 18%. En particulier, la caisse a considéré que le revenu avec invalidité ne devait pas être calculé à l'aune des DPT précédemment retenues, mais en fonction des données statistiques fondées sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Sur la base de ces dernières, compte tenu d'un salaire mensuel de 4'806 fr. (part au 13^e salaire comprise), d'un horaire hebdomadaire de travail de 41,6 heures durant l'année de référence, d'une indexation à l'évolution des salaires nominaux de 2.2% de 2008 à 2009, et d'une déduction de 10% au vu des limitations fonctionnelles de l'assuré, la caisse a retenu un revenu exigible de 55'160 fr., lequel, comparé avec le revenu sans accident de 72'000 fr., mettait en évidence un préjudice économique de 23%. Pour le surplus, la CNA a considéré que son prononcé du 2 septembre 2009 échappait à la critique, et qu'il n'avait pas lieu de procéder à un complément

d'instruction. G. Agissant par l'entremise de son mandataire, l'assuré a recouru le 26 janvier 2010 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme et à l'octroi d'une rente d'invalidité fixée à dire de justice mais en tous les cas supérieure à 23%, subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle instruction dans le sens des considérants. S'agissant de l'évaluation de sa capacité de travail, l'intéressé estime qu'une expertise médicale complémentaire s'impose. A cet égard, il fait valoir que l'appréciation du Dr G. _____ n'est pas déterminante puisque ce dernier ne l'a pas personnellement ausculté, que le Dr M. _____ a considéré qu'il était prématuré de discuter l'exigibilité d'une activité lucrative dès lors que la situation médicale n'était pas stabilisée, et que le Dr V. _____ a quant à lui préconisé un nouveau stage d'observation à la Clinique P. _____; il relève en outre que le directeur du centre ORPIH a observé un rendement ne se situant qu'entre 15% et 25%. Par ailleurs, se prévalant de sa longue absence du circuit économique ainsi que d'un taux partiel d'occupation, le recourant soutient que la caisse intimée aurait dû procéder à une déduction de 20% et non de 10% sur le revenu d'invalidité. Enfin, l'intéressé produit diverses pièces à l'appui de ses allégués. Par réponse du 10 juin 2010 rédigée par son conseil, la CNA a conclu au rejet du recours. En substance, la caisse considère qu'il y a lieu de suivre l'appréciation du Dr G. _____ reconnaissant à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cela étant, elle estime que le dossier de la cause est suffisamment complet pour qu'il ne soit pas nécessaire de procéder à de nouvelles mesures d'instruction sur le plan médical. Par ailleurs, l'intimée retient que l'abattement de 10% opéré sur le revenu d'invalidité s'avère justifié au vu de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce. Le dossier AI a été versé dans le dossier AA. H. Dans l'intervalle, soit le 12 mars 2010, l'OAI a rendu une décision de refus de prestations AI identique à son projet du 13 octobre 2009. Par arrêt du 11 mai 2011, la Cour de céans a rejeté le recours introduit le 15 avril 2010 par l'assuré à l'encontre cette décision (AI 143/10 - 407/2011). E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 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). b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1 er janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). c) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile – compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de Noël (art. 38 al. 4 let. c LPGA) – auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), 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 (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c ; 110 V 48, consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, le litige porte sur le taux de la

rente d'invalidité du recourant, singulièrement sur l'évaluation de la capacité de travail de celui-ci dans une activité adaptée, ainsi que sur l'abattement de 10% opéré par la CNA sur le revenu d'invalidité. En revanche, l'intéressé ne conteste pas le degré de l'atteinte à l'intégrité fixé à 15% par l'autorité intimée. 3. a) Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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. Aux termes de l'art. 20 al. 1 LAA, la rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré (cf. art. 15 LAA), en cas d'invalidité totale; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence. 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. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TF I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Selon la jurisprudence, la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_1051/2008 du 6 février 2009, consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou

d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). 4. Se fondant sur l'avis du Dr G._____, la décision querellée retient que l'assuré dispose d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le recourant, de son côté, conteste être en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée. a) Afin de pouvoir trancher la question de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, il convient d'examiner les divers avis médicaux prenant position sur cette problématique. Dans son rapport du 4 octobre 2004, le Dr Z._____ a indiqué que l'assuré pourrait travailler à 100% dans toute activité ne nécessitant pas le port de charges de plus de 10 kg, évitant les porte-à-faux et les positions vicieuses du rachis, et permettant l'alternance des positions assise et debout. Un an plus tard, par compte-rendu du 3 octobre 2005, la Dresse Q._____ a retenu que l'assuré pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée, évitant le travail en zone basse, avec obligation de porter occasionnellement des charges minimales. Le 14 octobre 2005, le Dr Z._____ confirmé que la capacité de travail de l'intéressé était de 100% dans toute activité évitant le travail en zone basse et comprenant un port de charge minime. Quelques jours plus tard, le 27 octobre 2005, la Dresse Q._____ a maintenu que le recourant était apte à travailler à 100% dans une activité adaptée sans port de charges, avec possibilité de changer fréquemment de posture. Ultérieurement, aux termes d'une expertise du 23 février 2007, le Dr M._____ a considéré qu'il était prématuré d'évaluer la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, attendu qu'à l'inverse de l'opinion retenue jusqu'alors par le corps médical, les fractures vertébrales de l'intéressé n'étaient toujours pas consolidées. Suite à ce rapport d'expertise, il a été fait appel au Dr V._____, lequel ne s'est toutefois pas prononcé sur la capacité de travail du recourant, estimant qu'un séjour à la Clinique P._____ s'imposait pour définir les limitations fonctionnelles de celui-ci. Le 19 août 2008, le Dr G._____ a observé qu'en l'état du dossier, des lacunes persistaient sur plusieurs questions médicales. C'est pourquoi les Drs O._____ et U._____ ont procédé le 1^{er} décembre 2008 à un examen complémentaire de l'assuré, et ont fait part de leurs conclusions dans un rapport du 12 janvier 2009, observant que les fractures vertébrales du recourant étaient consolidées et que ce dernier ne présentait pas de pseudoarthrose. Sur la base de ce rapport, le Dr G._____ a retenu, le 16 avril 2009, que l'intéressé était pleinement en mesure d'exercer une activité physiquement peu astreignante permettant l'alternance des positions du corps (auquel cas il ne serait pas nécessaire d'inclure des pauses régulières dans le cycle de travail) et ne requérant que des ports de charges légères (jusqu'à 10 kg) préférentiellement de façon occasionnelle, et évitant la position penchée en avant en station debout. b) De l'avis du Dr G._____, l'assuré présente donc une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Contrairement aux allégations du recourant (cf. mémoire de recours du 26 janvier 2010 p. 3), on ne saurait critiquer l'appréciation de ce médecin du seul fait que celui-ci n'a jamais personnellement ausculté l'assuré. En effet, selon la jurisprudence fédérale, une expertise médicale fondée uniquement sur les pièces d'un dossier a valeur probante si ce dossier contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen personnel de l'assuré (cf. TFA I 176/05 du 16 septembre 2005 consid. 3.1.1) – ce qui est le cas en l'espèce, le Dr G._____ ayant notamment pu consulter les avis des Drs O._____ et U._____, M._____, et V._____ (cf. constats du Dr G._____ des 19 août 2008 [p. 1] et 16 avril 2009 [p. 1]), tous établis sur la base d'un examen personnel du recourant. Aussi le rapport de ce médecin doit-il se voir reconnaître valeur probante, dès lors qu'il a été rédigé sur la base d'investigations complètes et approfondies, en pleine connaissance du dossier tel

qu'il se présentait à l'époque, et que ses conclusions apparaissent convaincantes (cf. consid. 3b supra). L'appréciation de ce praticien est du reste corroborée par les avis des Drs Z._____ et Q._____, dans la mesure où ces derniers ont également retenu que l'assuré était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. c) Il reste à déterminer si l'appréciation du Dr G._____ est remise en doute par un avis médical contraire probant versé au dossier. aa) Il est vrai que dans son compte-rendu du 18 mars 2008, le Dr V._____ a considéré que les limitations fonctionnelles de l'assuré ne pourraient être définies qu'au terme d'un séjour à la CLINIQUE P._____, lequel n'a cependant pas été mis en œuvre – et pour cause, au vu des griefs invoqués le 18 avril 2008 par l'assuré à l'encontre de cet établissement (cf. let. E.c supra). A ce propos, il importe de relever que de l'avis du Dr N._____ (cf. écrit du 23 avril 2008, let. E.c supra), ces critiques étaient totalement dénuées de fondement. Quoi qu'il en soit, on ne saurait voir dans les seules réserves du Dr V._____ – qui plus est, très succinctement motivées – un élément concret pouvant entamer la valeur probante de l'appréciation dûment étayée du Dr G._____. bb) A l'inverse du Dr G._____, le Dr M._____ a retenu, ainsi qu'exposé ci-avant (cf. consid. 4a supra), que les fractures vertébrales de l'assuré n'étaient pas encore consolidées, si bien qu'il était prématuré d'évaluer la capacité de travail exigible de ce dernier. A cet égard, la Cour de céans constate tout d'abord avec le Dr N._____ (cf. courrier du 23 avril 2008, let. E.c supra), que le rapport d'expertise du Dr M._____ du 23 février 2007 présente un ton polémique, incompatible avec les garanties d'objectivité et d'impartialité exigées d'un expert. Plus particulièrement, ce médecin s'est laissé aller à des jugements de valeurs qui sortent du cadre de l'appréciation strictement médicale que l'on est en droit d'attendre d'un spécialiste en orthopédie appelé à se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré. Il en va ainsi, entre autres, des propos de cet expert selon lesquels « la SUVA doit admettre qu'elle a, plus ou moins, été menée en petit bateau, par l'assuré qui n'a cessé de se dérober à toutes les tentatives qu'elles a faites de lui faire retrouver des occupations professionnelles adéquates, proches du métier qui était le sien [...] » (cf. rapport d'expertise du 23 février 2007 p. 13), ou à teneur desquels « l'assuré s'est comporté avec une désinvolture impressionnante, comme si tous les égard lui étaient dus [...] pour moi, cette attitude est plus proche de celle d'un amateur de voitures qui se rend dans une foire automobile, pour y avoir tout vu, tout essayé, tout compris, quoique bien décidé à ne rien acheter, que de celle d'un accidenté spolié de quelques uns de ses moyens, qui voudrait qu'on l'aide à retrouver une occupation professionnelle fiable, pour redevenir un homme libre [...] » (cf. ibid. p. 23). A cela s'ajoute que ce médecin est le seul à avoir retenu que les fractures vertébrales du recourant n'étaient pas consolidées. Appelés à trancher cette question, les Drs O._____ et U._____ – rejoints en cela par le Dr G._____ (cf. rapport du 16 avril 2009 p. 1) – ont rejeté le diagnostic de l'expert M._____, au terme d'une analyse complémentaire détaillée et dûment motivée, en se référant notamment à un scanner effectué le 18 juin 2007 (cf. let. E.c supra), soit à une date postérieure à l'examen pratiqué par l'expert précité. Dans ces conditions, la Cour de céans ne voit pas de raison de préférer de l'appréciation du Dr M._____ à l'avis des spécialistes de l'Hôpital X._____, repris par le Dr G._____. Par ailleurs, il apparaît que le rapport d'expertise du Dr M._____ comporte des indications pour le moins contradictoires quant à l'évaluation de la capacité de travail du recourant. En effet, l'expert a tout d'abord considéré que, d'un point de vue certes théorique, avec « un métier adapté, aujourd'hui comme hier, M. H._____ pourrait avoir une capacité de travail entière » (cf. rapport d'expertise du 23 février 2007 p. 23), avant de conclure qu'au « terme de la présente

expertise, on ne p[ouvait] malheureusement rien dire de la capacité de travail de M. H._____ » (cf. *ibid.* p. 27). Force est d'admettre que cette contradiction dans le corps même du rapport d'expertise incite à faire preuve d'une certaine circonspection quant aux conclusions de ce spécialiste. Il s'avère enfin que le Dr M._____ a largement pris position quant à la manière dont la réadaptation professionnelle de l'assuré devait être envisagée, indiquant que « [q]uoi qu'il en soit, on ne fera pas reprendre à M. H._____ une activité professionnelle qu'il n'aurait pas agréée; est c'est en le considérant comme le juge le plus haut placé, de tout ce qu'on fait et tout ce qu'on doit encore faire pour le réhabiliter qu'on ira le plus vite et le plus sûrement pour lui et son avenir. [...] notre blessé devra être testé, dans 2 ou 3 des 4 ou 5 métiers qui lui ont paru les moins inadaptés à sa situation; et, cette fois-ci, ce sera à lui de dire, chaque fois son appréciation, ses critiques et ses commentaires [...] afin que finalement on le soutienne au mieux, dans la voie qu'il se sera choisie [...] » (cf. *ibid.* p. 28 s.). Or, 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 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1), et non pas à dicter aux autorités compétentes la manière de procéder pour inciter à un assuré à réintégrer le circuit économique. Il résulte de ce qui précède que le rapport d'expertise du Dr M._____ du 23 février 2007 ne satisfait pas aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante (cf. *consid.* 3b *supra*), et qu'il ne peut dès lors l'emporter sur l'appréciation du Dr G._____. cc) Dans son mémoire de recours du 26 janvier 2010 (p. 4), l'assuré se prévaut par ailleurs du rendement de 15% à 25% évoqué par le directeur du centre ORIPH dans son rapport de synthèse du 20 juin 2006 (p. 6), lequel précisait toutefois que l'intéressé ne se trouvait à sa place de travail qu'entre 30% et 50% du temps (cf. rapport précité, *loc. cit.*), ce qui pourrait expliquer un rendement relativement bas. Ce point s'avère toutefois dénué de pertinence pour l'issue de la présente affaire, attendu que les données médicales l'emportent généralement sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, l'évaluation de l'invalidité de l'assuré ne pouvant reposer valablement sur les seules conclusions contenues dans le rapport d'experts en matière professionnelle (cf. TF 8C_776/2009 du 19 juillet 2010 *consid.* 5.2 et *réf. cit.*). d) Il s'avère donc que c'est à juste titre que la CNA a retenu – conformément à l'avis du Dr G._____ – que le recourant disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. 5. Cela étant, il reste à se pencher sur la question du taux d'invalidité du recourant. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; 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 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). Pour fixer le revenu d'invalidé – second terme de la comparaison de l'art. 16 LPGA –, il convient de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas à profit sa capacité de travail après l'accident (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 170 p. 899). Dans ce cas, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 171 s. p. 900), ou en fonction des données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1). Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration – ou l'assureur – de son pouvoir d'appréciation, le juge des assurances sociales ne pouvant substituer sa propre appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 132 V 393 consid. 3.3 ; TF 9C_269/2010 du 7 octobre 2010, consid. 1.2). Le juge des assurances sociales ne revoit ainsi l'étendue de l'abattement retenu dans un cas concret par l'administration que si celle-ci a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès ou un abus de son pouvoir d'appréciation, ou n'a pas appliqué le taux adéquat, notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et ATF 130 III 176 consid. 1.2 ; TF 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010, consid. 4.3). b) En l'occurrence, l'assuré critique le taux d'abattement de 10% pratiqué par l'intimée sur le revenu d'invalidé. Plus particulièrement, il prétend qu'une déduction de 20% s'impose, dès lors qu'il ne peut désormais travailler qu'à temps partiel et qu'il se trouve en marge du circuit économique depuis de nombreuses années. En revanche, l'intéressé ne conteste pas les autres éléments du calcul retenus par la CNA pour établir le taux d'invalidité – lesquels échappent, du reste, à toute critique; ainsi, c'est à juste titre que la caisse s'est fondée sur un revenu de valide de 72'000 fr., et sur un revenu d'invalidé avant abattement de 61'298 fr. établi en vertu des données statistiques de l'ESS. L'abattement de 10% opéré par l'intimée tient exclusivement compte des limitations fonctionnelles somatiques présentées par le recourant (cf. décision sur opposition du 11 décembre 2009 p. 5 s.). Cela étant, il appert que le taux d'occupation ne constitue pas un critère pertinent en l'espèce, au vu de la capacité entière de travail retenue dans une activité adaptée (cf. consid. 4d supra). Par ailleurs, le fait que le recourant n'ait plus travaillé depuis plusieurs années n'est pas déterminant dans le présent contexte, l'intéressé ne pouvant tirer argument de l'écoulement du temps durant lequel il n'a pas tenté de réduire son dommage, pour prétendre ensuite à une rente d'invalidité. A cela s'ajoute que l'assuré – qui ne saurait pâtir de sa nationalité dans ses recherches d'emploi, dès lors qu'il est citoyen helvétique – est encore jeune (32 ans lors du prononcé de la décision entreprise et

de l'ouverture du droit à la rente), et qu'il bénéficie d'une formation et d'expérience professionnelles. Dès lors, force est de constater qu'à l'exception de ses limitations fonctionnelles, l'intéressé ne peut se prévaloir d'aucune circonstance particulière susceptible de limiter ses perspectives salariales auprès d'employeurs potentiels. A cet égard, il faut rappeler que l'assuré s'était vu proposer un emploi – tout d'abord temporaire, mais qui aurait pu déboucher sur un engagement de durée indéterminée cf. rapport d'entretien de la CNA du 17 février 2006 p. 2) – par l'entreprise W._____ SA, poste dans le cadre duquel son salaire aurait pu atteindre jusqu'à 33 fr./h en fonction de l'augmentation de ses responsabilités (cf. note d'entretien de l'OAI du 11 juillet 2006). Il s'ensuit que le taux d'abattement de 10% retenu par la CNA apparaît pleinement justifié, si bien que la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient, sur la base d'une comparaison entre le revenu de valide (72'000 fr.) et le revenu d'invalidé (55'160 fr.), un degré d'invalidité de 23,3%, arrondi à 23%, et qu'elle alloue au recourant une rente d'invalidité correspondant à ce taux (cf. consid. 3a supra). 6. Compte tenu des griefs invoqués et de l'état du dossier, la mise en œuvre d'un examen médical complémentaire visant à déterminer la capacité de travail résiduelle de l'intéressé n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire. En effet, une telle expertise ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. 7. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. La caisse intimée obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel mais agissant comme autorité chargée de tâches de droit public, elle ne peut se voir allouer des dépens à la charge du recourant. Vu l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a pour sa part pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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