

VD_GERICHTE ZA08.035344 vom 16. April 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-04-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA08.035344

FR: VD_GERICHTE ZA08.035344 du 16 avril 2010

IT: VD_GERICHTE ZA08.035344 del 16 aprile 2010

Erwägungen

E. 6

Dans une pleine capacité de travail, de combien sont les rendements de l'assuré et sont-ils exploitables dans l'économie? 30-35%, inexploitables.

E. 7

Si baisse de rendement il y a, à quoi celle-ci est-elle due (facteurs médicaux, extra médicaux, etc.)? A ses limitations physiques au membre inférieur droit (douleur constante, inconfort positionnel permanent) associées à des limitations intellectuelles majeures (illettré, ne parle pas le français, facultés d'adaptation pratiques quasi nulles)." g) Dans un rapport de consultation du 7 mai 2007, le Dr W._____ a écrit que "je pense que ce patient ne pourra pas être recyclé professionnellement, même dans un emploi à 50%, avec alternance de positions assise et debout. Son rendement serait sûrement difficile à obtenir et je ne suis pas sûr qu'il soit apte à subir une reconversion professionnelle". Dans un rapport d'examen du 20 février 2007, le Dr V._____, spécialiste FMH en chirurgie, remplaçant du médecin d'arrondissement, a exposé ce qui suit: "EXAMEN CLINIQUE Il est pratiquement superposable aux constatations faites le 21.12.2005 par le Dr D._____. Il s'aide toujours d'une canne. Il y a toujours une discrète boiterie à droite. Les cicatrices au niveau de la jambe et de la cheville sont souples, sans réaction chéloïdienne. Le lambeau cutané interne est bien étoffé. Il n'y a aucun signe clinique d'une algodystrophie. La palpation de la cheville est légèrement douloureuse à la face antérieure et plus spécialement à la face externe, au niveau des vis, qui sont bien palpables. La mobilité est pratiquement identique à ce qui avait été constaté précédemment. (...) APPRECIATION DU CAS: Nous sommes à 3½ ans d'un accident ayant provoqué une fracture du plateau tibial droit, une fracture distale complexe du tibia et du péroné ainsi qu'une fracture du radius distal gauche et un TCC léger. Actuellement, il persiste une gêne importante au niveau de la cheville droite avec une limitation fonctionnelle et des douleurs variables en intensité, mais plus importantes en charge. Les douleurs sont également très gênantes à l'appui au niveau de la malléole externe. Etant donné les problèmes cutanés rencontrés lors du traitement initial, il paraît risqué d'envisager l'ablation du matériel d'ostéosynthèse sur le tibia. Par contre, l'ablation du matériel sur le

- 9 - péroné pourrait peut-être diminuer les phénomènes douloureux à ce niveau. En effet, les vis sont très proches de la peau. Par rapport à l'examen du 21.12.2005, il n'y a pas de changement notable permettant de modifier l'exigibilité ni l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité." Dans un rapport médical du 5 octobre 2007 adressé au Dr V._____, le Dr W._____ a estimé que "le patient reste donc inapte à travailler dans un emploi lourd et une rééducation ne me paraît pas raisonnable". h) Dans son rapport d'examen médical final du 7 novembre 2007, le Dr D._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a exposé ce qui suit: "APPRECIATION OU CAS: Cet assuré turc, né en 1952, présente les séquelles

d'une fracture bifocale de la jambe droite (plateau et pilon tibial) dont l'évolution s'était compliquée de nécroses cutanées. L'accident avait fait l'objet d'un premier bilan le 21.12.2005, l'atteinte à l'intégrité avait alors été évaluée 15% et des mesures de reclassement professionnel dans une activité adaptée avaient été amorcées par l'Assurance Invalidité. Dans l'intervalle, l'assuré va subir une ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse le 08.08.2007. A l'examen de ce jour, l'assuré ne signale aucune modification des douleurs après cette intervention. Hormis une minime diminution de l'amplitude articulaire du genou, qui à présent ne dépasse pas 110°, notre status à l'examen de ce jour est tout à fait superposable aux constatations rapportées lors de notre examen final du 21.12.2005. Les radiographies ne montrent pas d'évolution arthrosique notable au niveau de la cheville. Les radiographies du genou faites à l'institut S. _____ témoignent d'un matériel d'ostéosynthèse en place. On notera une ostéopénie diffuse du genou. L'espace articulaire fémoro-tibial est encore assez bien conservé malgré quelques minimes altérations dégénératives du compartiment interne. Il convient dans l'état de relancer le processus de reclassement professionnel entrepris par l'Assurance Invalidité dans une activité répondant à l'exigibilité fixée lors de notre examen final de 2005 qui reste inchangée, à savoir une activité sédentaire ou semi sédentaire n'exigeant ni la station debout prolongée ni les déplacements fréquents ou la marche en terrain irrégulier. La discrète péjoration de la fonction du genou nous amène à proposer une nouvelle évaluation de l'atteinte à l'intégrité qui fait l'objet d'une appréciation séparée."

- 10 - i) Le 21 août 2008, l'OAI a rendu une décision de suppression de la rente AI dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de cette décision. Il a constaté que selon l'évaluation du SMR, qui était superposable à celle du Dr D. _____ de la CNA lors de l'examen du 21 décembre 2005, l'amélioration de l'état de santé de l'assuré pouvait être établie depuis novembre 2005. Comparant le revenu d'invalidé que l'assuré pourrait réaliser dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles selon la méthode ESS (49'156 fr. 20) avec celui auquel il aurait pu prétendre sans atteinte à la santé en 2005 (55'014 fr. 70, treizième salaire compris), l'OAI a constaté qu'il en résultait un degré d'invalidité de 10,64%. Ce degré d'invalidité étant inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente, le droit à la rente s'éteignait. B. a) Par décision du 8 août 2008, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 14%, calculée sur un gain assuré de 56'736 fr., soit 529 fr. 55 (56'736 fr. 12 x 80% x 14%) depuis le 1er juin 2008. Il ressortait en effet des investigations effectuées, notamment sur le plan médical, que l'assuré était à même d'exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire dans différents secteurs de l'industrie à la condition qu'il ne doive pas rester debout de manière prolongée. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un salaire mensuel d'environ 4'170 fr. Comparé au gain de 4'875 fr. par mois réalisable sans l'accident, il en résulte une perte d'environ 14%, qui justifiait l'octroi d'une rente d'invalidité conforme à ce taux. b) L'assuré a fait opposition à cette décision par acte du

E. 10

septembre 2008. A l'appui de son opposition, il a produit une lettre du 4 juin 2008 du Dr H. _____, spécialiste FMH en médecine générale, dans laquelle ce praticien indiquait que "dans mon opinion le patient est absolument inapte à développer une activité professionnelle. Il souffre d'un handicap fonctionnel définitif ainsi que de douleurs invalidantes. Il se déplace en permanence avec des cannes et je ne suis pas capable d'envisager un travail qu'il pourrait effectuer".

- 11 - c) Par décision sur opposition du 24 octobre 2008, la CNA a rejeté l'opposition. Cette décision sur opposition est motivée comme suit: "Il ressort du dossier constitué par la Suva et en particulier de l'avis du Dr D. _____ (spécialiste FMH en chirurgie orthopédique), médecin d'arrondissement auprès de la Suva Lausanne, que les séquelles accidentelles autorisent objectivement l'exercice en plein de toute activité sédentaire ou semi-sédentaire, n'exigeant ni la station debout prolongée, ni des déplacements fréquents, ni la marche sur terrains irréguliers. L'AI, conforté par l'avis de son service médical régional (SMR), conclut à la même exigibilité médicale, objectivement. Certes, l'assuré se targue des observations faites au terme du stage d'observation à l'Oriph-COPAI. A ce propos, il est constant que l'avis des services de la réadaptation professionnelle ne saurait valoir avis médical autorisé devant lier l'assurance-accidents qu'est la Suva (pour comparaison, arrêt du TFA du 8.3.2004 dans la cause F., U 38/03 et les références citées: l'évaluation de l'invalidité ne saurait reposer valablement sur les seules conclusions contenues dans le rapport final des experts en matière professionnelle), respectivement ne saurait supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (arrêt du TFA du 22.9.2006 dans la cause O., U 373/05). Outre les considérations qui précèdent, il faut relever que les services de la réadaptation professionnelle ont tenu compte d'éléments qui ne sont pas déterminants in casu tels que le défaut de dextérité fine, l'incapacité d'adaptation à la nouveauté, le manque de ressources intellectuelles et pratiques ou encore la méconnaissance du français. Par ailleurs, l'avis des Drs H. _____ et W. _____, s'il ne laisse de retenir l'attention, ne saurait modifier l'issue de la présente procédure, étant rappelé que selon la jurisprudence il est un fait d'expérience qu'en raison des légitimes rapports de confiance liés à leur mission les médecins de famille (ou médecins habituels) et les spécialistes consultés en vue d'un traitement particulier sont en cas de doute plutôt enclins à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 353, cons. 3b/cc; Arrêt du TFA du 7.12.2001 dans la cause M., U 202/01 (...)) Reste à déterminer sur le plan économique la limitation des possibilités de gain sur l'ensemble du marché du travail équilibré entrant en considération pour l'assuré, imputable aux séquelles accidentelles. L'on ne peut douter qu'un tel un marché du travail est à même d'offrir à L. _____ des emplois sédentaires dans divers secteurs de l'industrie, pour autant qu'il consente à fournir les efforts que l'on est en droit d'attendre de lui. En témoignent en particulier les descriptifs des postes de travail versés au dossier en parfaite conformité avec la jurisprudence constante du TFA (ATF 129 V 472). Les activités ainsi envisagées - largement sédentaires et accessibles au profil de l'assuré - permettent de percevoir et de prendre en considération un revenu mensuel de l'ordre de 4'170 fr. (revenu avec invalidité).

- 12 - Sans l'accident, selon les indications de B. _____ SA, l'assuré pourrait recevoir pour l'année de référence un gain de l'ordre de 4'875 fr. par mois (revenu sans invalidité, treizième salaire inclus). La comparaison entre les deux revenus laisse apparaître un préjudice économique de 14,46%, de sorte que c'est de manière correcte que L. _____ a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de 14% (ATF 130 V 121)." C. a) L'assuré recourt contre cette décision sur opposition par acte du 26 novembre 2008. Il se plaint essentiellement du fait que la CNA n'a absolument pas tenu compte du rapport Oriph-COPAI, dont il ressort que le rendement de 30% à 35% constaté lors du stage d'observation professionnelle n'est guère exploitable dans la réalité économique. Le recourant estime qu'au vu de ces constatations, la CNA aurait dû lui allouer une rente

d'invalidité correspondant au 60% du gain assuré, à savoir 3'900 fr. (4'875 fr. x 80%). Par ailleurs, il soutient que la rente aurait dû lui être octroyée non pas à partir du 1er juin 2008, mais à partir du 1er mai 2005, puisqu'il résultait déjà du rapport du 3 mai 2005 (recte: 3 juin 2005) du Dr Q. _____ ainsi que du rapport du Dr W. _____ du 21 juin 2005 que sa capacité résiduelle de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales. Le recourant conclut dès lors principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente entière, correspondant au 80% du salaire assuré, dès le 1er mai 2005, et subsidiairement à l'annulation de celle décision. A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en oeuvre d'une expertise orthopédique, vu l'avis divergent des différents médecins intervenus dans ce dossier. b) Dans sa réponse du 22 janvier 2009, la CNA renvoie à la motivation de la décision attaquée, qu'elle qualifie de claire et complète. Elle observe qu'est seule litigieuse la question de savoir si le recourant dispose encore d'une capacité de gain dont on peut exiger de lui qu'il la mette en valeur. Or il résulte des avis médicaux au dossier qu'un travail simple, ne demandant pas de connaissance particulière, pouvant être exécuté de manière sédentaire ou semi-sédentaire et n'impliquant pas de station debout prolongée, de déplacements fréquents ou de la marche en terrain irrégulier, est médicalement exigible du recourant. Dans ces conditions d'exigibilité médicale, la CNA a cherché quelles activités l'intéressé pourrait encore occuper et quel revenu il pourrait en retirer. Elle

- 13 - a eu pour cela recours aux fiches de description de postes de travail, ce qui est admissible et accepté. Ces activités sont susceptibles de procurer au recourant un revenu de quelque 14% inférieur à celui sur lequel il pourrait toujours compter s'il n'avait pas été accidenté, ce qui détermine son degré d'invalidité. En l'occurrence, cette invalidité a été calculée de manière correcte et la décision attaquée doit être confirmée. En ce qui concerne la question du début de la rente d'invalidité, la CNA relève quelle a fixé la rente une fois qu'elle a été en possession de tous les renseignements pour le faire; elle n'alloue en effet pas de rente d'invalidité à titre rétroactif pour une période pendant laquelle de pleines indemnités journalières ont été servies, ce qui est d'ailleurs en l'occurrence à l'avantage de l'assuré. Enfin, la CNA estime que le dossier est suffisamment instruit et qu'il n'y a donc pas lieu à investigation complémentaire, comme le désirerait le recourant. Elle conclut ainsi au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. c) Par réplique du 6 mars 2009, le recourant fait valoir qu'au vu des divergences médicales aussi importantes qu'inexpliquées entre le Dr D. _____ d'une part et les avis du Dr W. _____ et du Centre Oriph- COPAI d'autre part, il y a lieu d'ordonner une expertise orthopédique. d) Dans sa duplique du 1er avril 2009, la CNA expose qu'elle a expliqué les raisons pour lesquelles les conclusions du rapport du Centre Oriph-COPAI ne pouvaient être retenues au regard des constatations médicales dont il résultait que le recourant pouvait mettre en valeur une capacité de travail entière dans une activité sédentaire. C'est en vertu de ces constatations médicales que le taux d'invalidité a été fixé correctement par la CNA par comparaison des revenus avec et sans accident, sans qu'il soit besoin de procéder à l'expertise sollicitée par le recourant. e) Le 6 avril 2009, le juge instructeur a informé les parties qu'il n'était pas donné suite en l'état à la requête d'expertise médicale

- 14 - formulée par le recourant, l'avis des autres membres de la Cour qui serait appelée à statuer étant réservé. Le 27 avril 2009, le juge instructeur a accédé à la requête du recourant de surseoir à la clôture de l'instruction pour permettre à celui-ci de déposer une expertise privée d'ici au 30 juin 2009 au plus tard. Ce délai a été prolongé plusieurs fois, la dernière

fois jusqu'au 31 décembre 2009, et le recourant n'a finalement pas produit d'expertise privée. 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 (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 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, est donc recevable. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr.

- 15 - 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 celle 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'espèce, le litige porte sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ainsi que, plus accessoirement, sur le point de départ du droit à la rente. 3. a) 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 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 réadaptation exigibles (art. 7 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 (art. 16 LPGA). L'art. 18 al. 2 LAA qui réglait la détermination du taux d'invalidité a été abrogé par la LPGA. Toutefois, l'art. 16 LPGA reprend le contenu de l'ancien art. 18 al. 2 LAA (RO 1982 1676), de sorte que l'on peut admettre que la jurisprudence rendue sous l'empire de la LAA dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2002 est applicable.

- 16 - Ainsi, en matière d'assurance-accidents, l'allocation d'une rente d'invalidité implique une incapacité de travail causée par un accident; quiconque n'est pas au moins partiellement incapable de travailler ne saurait être reconnu invalide au sens de la LAA (ATF 115 V 133, consid. 2, et la jurisprudence citée). Par ailleurs, l'obligation de limiter le préjudice subi, qui est un principe général du droit des assurances sociale, oblige l'assuré à mettre en oeuvre

tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son accident, fût-ce au prix d'un effort important, avant de solliciter des prestations (ATF 123 V 81, consid. 4c; 113 V 22, consid. 4a). 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; 105 V 156, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; 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

- 17 - 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, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee, et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170, consid. 4; TFA I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

- 18 - pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3). c) Selon la jurisprudence, l'évaluation de l'invalidité ne peut reposer valablement sur les seules conclusions contenues dans un rapport d'experts en matière professionnelle commis par l'administration de l'assurance-invalidité (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 5.2; TFA U 38/03 du 8 mars 2004, consid. 4.1; U 240/99 du 7 août 2001, consid. 3c/aa, in RAMA 2001 n° U 439 p. 347 et in SVR 2002 UV n° 15 p. 49 s.). En effet, si les informations recueillies au cours d'un stage d'observation professionnelle constituent, en complément des données médicales, un élément utile à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail d'un assuré, elles ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TFA U 373/05 du 22 septembre 2006, consid. 4.2). Par ailleurs, l'assurance-accidents, l'assurance militaire ou l'assurance-invalidité n'ont pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé, tels que le manque de formation professionnelle, des difficultés d'ordre linguistique ou l'âge (facteurs étrangers à l'invalidité; cf. ATF 107 V 17, consid. 2c; TF I 1082/06 du 24 septembre 2007, consid. 2.1; TFA I 293/05 du 17 juillet 2006, consid. 2.1; U 388/01 du 2 décembre 2002, consid. 2.2; I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1, et les références, in Pratique VSI 1999 p. 247, consid. 1). d) En l'espèce, les différents rapports médicaux versés au dossier concordent dans leurs diagnostics et dans la description du status. Sur la base de ces rapports médicaux, il y a ainsi lieu de retenir qu'ensuite de son accident du travail, le recourant présente encore des gonalgies à droite et une douleur et raideur de sa cheville droite; il marche avec une canne anglaise portée à gauche; les séquelles de l'accident ne permettent

- 19 - pas d'envisager un retour à une capacité de travail dans son ancienne activité; le cas est actuellement stabilisé sur le plan médical (rapports médicaux du Dr D._____ du 21 décembre 2005, cf. lettre A.d supra, et du 7 novembre 2007, cf. lettre A.h supra; rapport d'examen orthopédique du Dr N._____ du 26 juillet 2006, cf. lettre A.e supra; rapport d'examen du Dr V._____ du 20 février 2007, cf. lettre A.g supra; rapport médical du Dr Q._____ du 3 juin 2005, cf. lettre A.c supra; rapports médicaux du Dr W._____ des 21 juin 2005 et 5 octobre 2007, cf. lettres A.c respectivement A.g supra). A l'exception du Dr W._____, tous les médecins précités considèrent en outre de manière concordante que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, le recourant présente une pleine capacité de travail. L'avis contraire du Dr W._____ est motivé uniquement par le fait qu'on ne peut exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité, vu son niveau de formation (rapport médical du 21 juin 2005, cf. lettre A.c supra), respectivement qu'une rééducation ne paraît pas raisonnable (rapport médical du 5 octobre 2007, cf. lettre A.g supra). Or il s'agit là de facteurs non médicaux qui n'ont pas à être pris en compte dans l'appréciation de la capacité de travail au regard de l'assurance-accidents (cf. consid. 3c supra). Quant à la lettre du Dr H._____, médecin traitant, du 4 juin 2008 (cf. lettre B.b), elle ne comprend qu'une appréciation très sommairement motivée qui ne saurait se voir reconnaître de valeur probante au regard de la jurisprudence (cf. consid. 3b supra). e) Les rapports médicaux complets et concordants du Dr D._____ du 21 décembre 2005 et du Dr N._____ du 26 juillet 2006, qui reposent sur des examens complets, décrivent clairement la situation médicale et aboutissent à des conclusions convaincantes et bien motivées - à savoir que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles - doivent se voir reconnaître pleine valeur probante

(cf. consid. 3b supra). Ces constatations médicales objectives, claires et concordantes, ne sauraient être remises en cause par les conclusions du rapport du Centre Oroph-

- 20 - COPAI du 13 juillet 2007, selon lesquelles le recourant présente un rendement de 30-35%, inexploitable dans l'économie (cf. lettre A.f supra). D'une part, en effet, les constatations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé des médecins (cf. consid. 3c supra). D'autre part, ces constatations relatives au rendement observé lors du stage au Centre Oroph-COPAI reposent en l'espèce en bonne partie sur des facteurs non médicaux, tels que l'illettrisme, les limitations intellectuelles majeures, les problèmes de langue, les facultés d'adaptation pratique quasi nulles, la gestuelle malhabile et grossière (cf. lettre A.f supra), dont l'assureur accidents n'a pas à répondre (cf. consid. 3c supra). f) Enfin, il n'est pas contesté que les descriptions de postes de travail (DPT) sur lesquelles la CNA s'est fondée pour déterminer le revenu avec invalidité, en conformité avec la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ATF 129 V 472), correspondent à des activités compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant, telles qu'énoncées de manière concordante par le Dr D._____ et par le Dr N._____ (cf. lettres A.d, A.e et A.h supra). La comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutissant à un degré d'invalidité de 14%, c'est à juste titre que la CNA a octroyé au recourant une rente fondée sur un tel degré d'invalidité (cf. art. 20 al. 1 LAA). g) Le recourant soutient que la rente aurait dû lui être octroyée non pas à partir du 1er juin 2008, mais à partir du 1er mai 2005, puisqu'il résultait déjà du rapport du 3 juin 2005 du Dr Q._____ ainsi que du rapport du Dr W._____ du 21 juin 2005 que sa capacité résiduelle de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales (cf. lettre C.a supra). Ce grief est dénué de fondement. En effet, selon 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 santé 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. En l'espèce, la CNA ne saurait donc se voir reprocher d'avoir

- 21 - attendu l'issue du processus de reclassement professionnel entrepris par l'assurance-invalidité avant de statuer sur le droit à la rente, ce qui est d'ailleurs en l'occurrence à l'avantage du recourant dans la mesure où, comme le relève l'intimé dans sa réponse (cf. lettre C.b supra), il a bénéficié de pleines indemnités journalières jusqu'à la naissance du droit à la rente. h) La Cour de céans étant en mesure de statuer en l'état du dossier dont l'instruction apparaît complète sur le plan médical, une expertise médicale judiciaire, telle que requise par le recourant, se révèle superflue. 4. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. S'agissant des frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

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