

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 décembre 2014

---

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD  
Juges : Mmes Pasche et Dessaux  
Greffière : Mme Brugger

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Estelle Chanson, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 al. 1, 18 al. 1 et 24 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en qualité de machiniste grutier pour le compte de F.\_\_\_\_\_ SA, à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Le 4 septembre 2006, alors que l'assuré travaillait sur un chantier à [...], une paroi en béton d'environ 700 kilos qu'il était en train de décoffrer lui est tombée sur le membre inférieur gauche. Il a ressenti d'importantes douleurs à la cuisse gauche, sans perdre connaissance, et a été transporté par ambulance à l'Hôpital de [...]. Le même jour, il a subi une opération consistant en une réduction sur table orthopédique et ostéosynthèse par clou du fémur gauche.

Par déclaration de sinistre du 13 septembre 2006, l'employeur a annoncé cet accident à la CNA, en indiquant comme blessures une luxation de l'épaule gauche et une quadruple cassure à la jambe gauche. Il a également précisé que le travail avait été interrompu depuis le 4 septembre 2006.

Le cas a été pris en charge par la CNA, qui a payé les frais médicaux et versé des indemnités journalières.

Dans un rapport non daté, les Drs X.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, respectivement médecin-chef du service d'orthopédie de l'Hôpital de [...] et médecin assistant, ont constaté une fracture pluri-fragmentaire diaphysaire fémorale gauche proximale, une fracture diaphysaire comminutive du fémur gauche et un œdème de la cuisse gauche avec déformation. Le traitement a consisté en une réduction sur table orthopédique et ostéosynthèse par clou de fémur. Ils ont attesté une incapacité de travail à 100% depuis le 4 septembre 2006 et pour une durée de plusieurs mois.

Dans un rapport intermédiaire du 6 décembre 2006 adressé à la CNA, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin traitant, a diagnostiqué une fracture comminutive du fémur proximal gauche et une lésion du sus-épineux gauche. Il a mentionné que l'assuré se plaignait de douleurs à l'épaule gauche et au pli inguinal gauche. Le 4 mars 2007, ce médecin a diagnostiqué une fracture comminutive du fémur gauche et une rupture de la coiffe des rotateurs gauche. L'évolution était marquée par des douleurs au niveau de la cuisse gauche et de l'épaule gauche. Un traitement de physiothérapie a été indiqué, et il était encore trop tôt pour se prononcer sur une reprise du travail.

Le 4 avril 2007, l'assuré a été opéré à l'Hôpital de [...], pour un parage, une suture et une réinsertion humérale trans-osseuse du tendon sus-épineux de l'épaule gauche. Il y a séjourné jusqu'au 8 avril 2007, date du retour à son domicile.

Le 16 juillet 2007, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a mentionné que l'assuré se plaignait de douleurs à l'épaule gauche et à la hanche gauche, et a indiqué un traitement de physiothérapie. Il n'a pas attesté de date de reprise du travail et a précisé que l'employeur devait être contacté en vue d'un travail approprié et qu'il y avait lieu de craindre un dommage permanent.

Le 3 septembre 2007, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente. Comme atteinte à la santé, il a indiqué une déchirure partielle (tendon du muscle sus-épineux) de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et une fracture du fémur proximal gauche.

Le 5 septembre 2007, à l'Hôpital de [...], les Drs Q.\_\_\_\_\_ et [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur

gauche de l'assuré. Une cure de pseudarthrose et décortification, réduction chirurgicale, ré-ostéosynthèse par enclouage alésé (clou Gamma) verrouillé avec greffe de substitut osseux a été pratiquée au fémur proximal gauche.

Dans un rapport du 23 novembre 2007, suite à une évaluation de l'état de santé de l'assuré, la société [...] SA, active dans la réorientation professionnelle, a indiqué qu'à cause de ses blessures, l'assuré ne pouvait plus travailler comme grutier dans le bâtiment et que son état physique était très difficile à apprécier. L'assuré était dépressif et suivi médicalement. Il était trop tôt pour songer à une réintégration professionnelle, pour laquelle l'assuré n'était pas motivé.

Le 25 novembre 2007, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a mentionné que l'assuré se plaignait toujours de douleurs à l'épaule gauche et à la hanche gauche. Il n'a pas attesté de date de reprise du travail et a précisé que l'employeur devait probablement être contacté en vue d'un travail approprié et qu'il y avait lieu de craindre un dommage permanent sous forme de limitations fonctionnelles.

Dans un rapport du 8 avril 2008, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a noté que l'évolution post opératoire, suite à l'intervention du 5 septembre 2007, était laborieuse avec persistance de douleurs, localisées principalement sur la face latérale du grand trochanter et sur les abducteurs. La marche s'effectuait avec une boiterie de décharge gauche nécessitant l'usage d'une canne, et l'assuré présentait des douleurs à son membre inférieur gauche. Les radiographies montraient une fracture qui semblait consolidée sur la corticale interne ainsi qu'en distal. L'examen clinique évoquait principalement une tendinite du tenseur du fascia lata sur la vis céphalique et le tout se compliquait d'un contexte psychiatrique important. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a préconisé une prise en charge globale en milieu médicalisé.

Le 9 mai 2008, l'assuré a été examiné par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil

locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans un rapport du même jour, ce médecin a noté que le tableau radio-clinique était celui d'une pseudarthrose atrophique douloureuse de la cuisse gauche avec problèmes de rotation chez un assuré toujours tributaire d'une canne. Il y avait également un syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche ainsi qu'un syndrome vertébral lombaire sur un terrain de lombalgies connu. Une reprise chirurgicale de la pseudarthrose semblait prioritaire. Un bilan préopératoire stationnaire des différentes autres problématiques présentées (genou droit, rachis lombaire, épaule gauche) était opportun avant la cure de pseudarthrose. La capacité de travail était nulle et on s'acheminait vraisemblablement vers des mesures de reclassement une fois la situation stabilisée.

Le 20 juin 2008, l'assuré a subi une nouvelle opération au N.\_\_\_\_\_. (ci-après : le N.\_\_\_\_\_). L'intervention a consisté en l'ablation du clou Gamma, la prise de greffe iliaque, la décortication et ostéotomie d'un fragment interne pour permettre une dérotation partielle et une réostéosynthèse avec une plaque angulée en valgus et mise en place de connexus et de la greffe prélevée sur le bassin.

Du 18 juin au 1<sup>er</sup> juillet 2008, l'assuré a effectué un séjour au département de l'appareil locomoteur du N.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 23 juillet 2008, les Drs Y.\_\_\_\_\_, A.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_, respectivement médecin associé, médecin assistant senior et médecin assistant, ont posé le diagnostic principal de pseudarthrose du fémur proximal gauche après deux opérations pour une fracture per- et sous-trochantérienne complexe. Ils ont indiqué comme comorbidité une hernie discale L4-L5, un status post-réinsertion du sus-épineux de l'épaule gauche en avril 2007, un status post-enclouage du fémur proximal gauche pour fracture opérée sous-trochantérienne complexe en septembre 2006 et un status post ré-enclouage du fémur proximal en septembre 2007. Ils ont signalé que l'assuré se plaignait de douleurs chroniques au niveau de l'épaule gauche et ont proposé à ce niveau une physiothérapie conservatrice de remobilisation, voire des infiltrations de corticoïdes.

L'assuré a effectué un premier séjour à la CD. \_\_\_\_\_ (ci-après : la CD. \_\_\_\_\_), du 1<sup>er</sup> juillet au 26 août 2008. Dans ce cadre, il a fait l'objet de plusieurs examens médicaux, dont un consilium psychiatrique, un CT du thorax et une radiographie du fémur gauche.

Dans un rapport du 21 juillet 2008, à la suite d'un CT thoracique, les Drs E. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_, respectivement médecin chef de clinique et médecin assistant à la CD. \_\_\_\_\_, ont conclu à la présence d'une arthrose de l'épaule gauche et de plusieurs ganglions millimétriques péri hilaires droits et médiastinaux augmentés en nombre.

Dans un rapport psychiatrique du 2 septembre 2008, la Dresse [...], cheffe de clinique à la CD. \_\_\_\_\_, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, épisode actuel moyen, et une dépendance aux substances psychoactives multiples (alcool, drogue), actuellement abstinent, chez une personnalité à traits impulsifs. Elle a indiqué que durant le séjour de l'assuré, au vu de la persistance d'un état psychique assez médiocre, d'angoisses récurrentes et de perturbations du sommeil, son traitement psychotrope avait été modifié.

Dans un rapport du 16 septembre 2008, les Drs L. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, médecin associé et médecin assistante à la CD. \_\_\_\_\_, ont posé le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles ainsi que les diagnostics de fracture diaphysaire comminutive du fémur gauche ostéosynthésé par clou centromédullaire, de rupture traumatique de la coiffe des rotateurs, d'inégalité de longueur du membre inférieur en défaveur du côté droit, de lombalgies basses, de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, épisode actuel moyen, de dépendance aux substances psychoactives multiples (alcool, drogue), actuellement abstinent, et de personnalité à traits impulsifs. Dans leur appréciation du cas, ces médecins ont relevé qu'en fin de séjour l'assuré signalait la persistance de douleurs en regard de la greffe osseuse du fémur gauche ainsi qu'une évolution de la mobilité et de la force du membre inférieur gauche. Objectivement, les Drs L. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ ont constaté au membre inférieur gauche une amplitude pratiquement

complète des articulations, une activité musculaire efficace, une diminution de l'œdème ainsi qu'une bonne gestion de la mise en charge lors de la marche et des transferts. A la sortie, la charge était de 30 kilos sur ledit membre. Il convenait de poursuivre le traitement de physiothérapie. L'incapacité de travail était totale du 1<sup>er</sup> juillet au 15 septembre 2008 comme grutier-manœuvre de chantier. Il fallait envisager un nouveau séjour à la CD. \_\_\_\_\_ pour l'évaluation des capacités fonctionnelles et professionnelles dans six mois, lorsque le fémur serait solide.

Le 20 octobre 2008, l'assuré a consulté le Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin-cadre au département de l'appareil locomoteur du N. \_\_\_\_\_. Ce médecin a indiqué que l'assuré était en arrêt de travail complet et a suggéré que ce dernier soit à nouveau examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA pour organiser la suite avec éventuellement un nouveau stage à la CD. \_\_\_\_\_ pour évaluer les chances de réinsertion dans une activité lucrative.

Dans un rapport du 8 décembre 2008, à la suite d'une IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire, le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine nucléaire, a conclu à la présence d'une rectitude de la colonne lombaire, d'une hyperlordose de la jonction lombo-sacrée, d'une discopathie L5-S1 s'accompagnant d'une petite hernie discale médio-latérale gauche et d'une légère tuméfaction secondaire de la racine L5 gauche.

Dans un rapport du 10 décembre 2008, le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin adjoint au département de l'appareil locomoteur du N. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics de status post-fracture per- et sous-trochantérienne du fémur gauche compliquée par une pseudarthrose, de status post-décortication ostéotomie dérotation partielle et réostésynthèse par plaque angulée du fémur gauche avec greffe, et de lombalgies. Dans son appréciation du cas, il a noté que le patient avait décompensé son rachis lombaire vraisemblablement après l'usage prolongé d'une canne. L'examen clinique suggérait une participation facettaire. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a

écarté l'indication d'une intervention chirurgicale et a suggéré un traitement par infiltrations facettaires.

Le 18 février 2009, l'assuré a été examiné par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans un rapport du même jour, ce médecin a retenu que l'assuré ressentait toujours des douleurs, notamment à la cuisse gauche, à l'épaule gauche, au dos et au genou droit. Au vu des radiographies, la consolidation du fémur gauche n'était pas encore entièrement acquise. Une prise en charge à la CD.\_\_\_\_\_ a été suggérée au sens d'un bilan global et d'un complément de rééducation. Les multiples atteintes à la santé et le contexte dans lequel évoluait l'assuré assombrissaient le pronostic en terme de réintégration socioprofessionnelle.

L'assuré a effectué un second séjour à la CD.\_\_\_\_\_, du 10 mars au 6 mai 2009. Dans ce cadre, il a fait l'objet de deux consultations orthopédiques, d'une arthro-IRM de l'épaule gauche, d'une échographie de l'épaule gauche, d'examens de physiothérapie, d'un consilium psychiatrique et d'un consilium de l'appareil locomoteur.

Dans un rapport de consultation orthopédique du 7 avril 2009, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin consultation à la CD.\_\_\_\_\_ et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu que l'assuré présentait un status post-réparation de la coiffe des rotateurs avec persistance de douleurs. Il a écarté l'indication d'un geste chirurgical et a préconisé de la rééducation et des exercices de renforcement. Il a retenu que l'activité de travailleur du bâtiment était illusoire et qu'il fallait prévoir un poste adapté au problème de la ceinture scapulaire.

Dans un rapport de synthèse de la CD.\_\_\_\_\_ du 18 juin 2009, les Drs L.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont posé le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles ainsi que les diagnostics de fracture diaphysaire comminutive du fémur gauche ostéosynthésé par clou centromédullaire, de rupture traumatique de la coiffe des rotateurs à gauche, d'inégalité de longueur des membres

inférieurs en défaveur du côté droit, de lombalgies persistantes irradiant dans le membre inférieur gauche, d'origine musculo-squelettique non spécifique, de discopathie dégénérative L5-S1, de gonarthrose fémoro-tibiale interne à droite avec infiltration de corticoïdes, de trouble dépressif récurrent, avec syndrome somatique, et de troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, actuellement abstinent. Dans leur appréciation du cas, ces médecins ont notamment relevé ce qui suit:

« La situation de M. T. \_\_\_\_\_ n'est pas encore stabilisée et nous ne pouvons pas actuellement nous prononcer sur une éventuelle reprise de travail à moyen terme. Nous accordons par conséquent au patient une incapacité de travail à 100%, jusqu'au 06.06.2009. Le suivi sera assuré par le médecin de famille, aussi bien sur le plan médical que sur le plan de l'organisation d'éventuelles autres prises en charge médicale.

A noter que tous nos consultants se sont accordés sur le fait qu'une réorientation professionnelle est inévitable. La demande AI est en cours.

Au total :

La situation clinique du patient s'est améliorée pendant le séjour mais il persiste encore d'importantes limitations fonctionnelles. Il existe un contexte psychosocial difficile chez ce patient mais il faut noter que, durant le séjour, le comportement et la motivation ont été excellents. Il persistera à long terme des limitations fonctionnelles : pour l'épaule gauche, les travaux en hauteur prolongée au-dessus de l'horizontale, les travaux avec force en porte-à-faux, le port de charges lourdes loin du corps. Pour les membres inférieurs, il faut s'attendre à une limitation dans les travaux accroupis et à genoux, les déplacements sur terrains très irréguliers, la position debout statique prolongée. Le contexte psychosocial complexe augure d'une reprise professionnelle qui sera certainement difficile. On rappelle que la demande AI [assurance-invalidité] est en cours mais que la situation n'est pas encore tout à fait stabilisée. Le patient devrait revoir le Dr Z. \_\_\_\_\_ au mois de septembre. Il serait à notre avis utile que le patient soit revu par le médecin d'Agence, quelque temps après ».

Dans un rapport du 12 octobre 2009, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a attesté une évolution défavorable. L'assuré gardait des lombalgies ainsi que des douleurs de l'épaule gauche, du genou droit, en arrière du trochanter à gauche et plus rarement dans le pli inguinal à gauche. Radiologiquement, le fémur gauche était consolidé. Aucune reprise du travail n'était prévue.

Une IRM du genou droit effectuée le 19 octobre 2009 au centre d'imagerie de [...] a mis en évidence des lésions ostéochondrales du condyle fémoral interne, dans la zone de charge avec évolution vers une arthrose du compartiment fémoro-tibial interne, une lésion de grade II du ménisque interne et un petit kyste poplité.

Le 10 juin 2010, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse présent dans le fémur gauche de l'assuré a été pratiquée au N.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 29 juin 2010, le Dr B.\_\_\_\_\_, chef de service au département de l'appareil locomoteur du N.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics de tendinopathie avec luxation médiale du long biceps gauche, tendinopathie du sus-épineux et arthropathie acromio-claviculaire (AC), et de status après réparation de la coiffe des rotateurs gauches en 2007. Dans son appréciation du cas, ce médecin a relevé que l'assuré se plaignait de douleurs chroniques de l'épaule gauche persistant après une réparation de la coiffe des rotateurs en 2007. L'examen objectif confirmait une luxation médiale du long biceps avec tendinopathie du sus-épineux ainsi qu'une arthropathie AC. Il a proposé une intervention par arthroscopie à l'épaule gauche.

Dans un rapport du 4 août 2010, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a estimé que l'opération d'ablation de la plaque angulée du fémur proximal gauche avait apporté un bénéfice d'environ 50%, avec moins de douleurs au repos. Du point de vue fonctionnel, il subsistait notamment des douleurs à la marche après 20 minutes. Il a proposé un contrôle radioclinique au niveau du bassin et du fémur.

Le 16 août 2010, l'assuré a subi au N.\_\_\_\_\_ une intervention consistant en une ténotomie du long chef du biceps, une acromioplastie et une résection claviculaire distale gauche par arthroscopie. Dans un rapport du 8 décembre 2010, le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué que le patient ne décrivait aucune amélioration depuis l'intervention et qu'il se plaignait de douleurs au repos et à la mobilisation du bras. Le médecin a en outre noté « pas de reprise du travail ».

Le 17 janvier 2011, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué qu'un contrôle final de la hanche et du fémur était prévu en janvier 2011 auprès du Dr Z.\_\_\_\_\_ et que le cas allait alors pouvoir être considéré comme stabilisé.

Dans un rapport de consultation du 10 janvier 2011, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a considéré que le traitement du point de vue traumatologique était terminé, la plaque du fémur gauche ayant été enlevée. Le patient, qui souffrait notamment de lombalgies sur spondylose, de problèmes de genou post-méniscectomie, de problèmes à l'épaule gauche et de séquelles d'une grave fracture du fémur, n'avait plus besoin dans l'immédiat d'un suivi et d'une chirurgie orthopédique.

Dans un rapport du 22 janvier 2011, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a relevé qu'il n'y avait guère eu d'amélioration au niveau de l'épaule suite à la ténotomie du long biceps et l'acromioplastie et résection de la clavicule distale gauche pratiquées le 16 octobre [recte : août] 2010. Au niveau des hanches, il persistait des douleurs malgré de multiples interventions. Aucune reprise du travail n'était prévue et il fallait s'attendre à un handicap physique important. En outre, l'assuré présentait tous les symptômes psychiques d'un syndrome subjectif post traumatique.

Le 25 février 2011, l'assuré a été examiné par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans un rapport du même jour, ce médecin a exposé les éléments suivants :

« **Antécédents d'après les actes du dossier :**

Le 04.09.2006, accident au travail avec écrasement par plaque de coffrage avec fracture diaphysaire comminutive du fémur G [gauche] et rupture traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule G.

La fracture du fémur G a été ostéosynthésée par un clou centro-médullaire T2. La rupture de la coiffe des rotateurs a été suturée avec réinsertion trans-osseuse du tendon du supra-épineux de l'épaule G en avril 2007.

En septembre 2007, en raison d'une pseudarthrose de la fracture diaphysaire du fémur G, ablation du clou centro-médullaire T2, ré-ostéosynthèse par clou Gamma long et greffe du foyer de pseudarthrose.

Arthro-IRM de l'épaule G de mars 2008 mettant en évidence une probable re-rupture partielle du tendon supra-épineux G.

En juin 2008, ablation du clou Gamma, décortication et ostéotomie du fragment interne pour dérotation partielle et ré-ostéosynthèse avec plaque angulée en valgus avec greffe osseuse prise au niveau iliaque.

Ablation de plaque angulée fémorale G en juin 2010.

En août 2010, en raison d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule G avec luxation médiale du long chef du biceps et arthropathie acromio-claviculaire, ténotomie du long chef du biceps et acromioplastie avec résection de la clavicule distale G par arthroscopie.

Le Prof. B. \_\_\_\_\_, qui avait participé à la dernière intervention de l'épaule G, a revu le patient pour la dernière fois en décembre 2010. Selon son rapport, cette intervention n'a pas amélioré la symptomatologie douloureuse du patient et le Prof. B. \_\_\_\_\_ n'a pas de proposition thérapeutique à faire. Il n'a du reste pas prévu de revoir le patient.

Le Dr Z. \_\_\_\_\_, qui a procédé à l'ablation de la plaque angulaire du fémur G, a revu le patient début janvier 2011. Pour lui, la situation est stabilisée. Selon notre confrère, le patient garde des douleurs ddc [des deux côtés] mais plus marquées dans la fesse et le pli inguinal G. Il marcherait avec une mini boiterie du Duchenne et une espèce de petit flexum actif du MIG [membre inférieur gauche]. En position couchée, allongement d'environ 15mm du MIG, rotation de la hanche G à environ 40° aussi bien en interne qu'en externe et flexion limitée à 85°. A D [droite], flexion limitée à 90°, rotation interne à 30°, rotation externe à 50°. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ ne voyait pas de signe clair de coxarthrose sur les clichés du bassin F [face] et les clichés de faux-profil de Lequesne. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ estime que la situation est stabilisée et que le patient n'a plus besoin d'un suivi orthopédique.

Dans la LS du dernier séjour à la CD. \_\_\_\_\_ qui a eu lieu du 10.03 au 06.05.2009, nous trouvons encore les diagnostics de lombalgies persistantes irradiant dans le MIG, d'origine musculo-squelettique, non spécifiques, de discopathies dégénératives L5-S1, de gonarthrose fémoro-tibiale interne D ayant nécessité une infiltration de corticoïde en mars 2009, de troubles dépressifs récurrents avec syndrome somatique, de troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples, de status après nettoyage de l'articulation du genou D à l'âge de 17 ans, de status après arthroscopie du genou D (avec probable ménissectomie) en 1997 et d'hépatite B guérie.

Le médecin-traitant du patient, dans son rapport du 22.01.2011, nous apprend encore que le patient aurait une hépatite C déclarée depuis août ou septembre 2010.

La situation semblant stabilisée en ce qui concerne les pathologies relatives à l'accident de 2006, convocation à l'agence avec détermination de l'exigibilité en rapport aux lésions de l'accident de 2006, détermination d'une éventuelle IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] en relation avec ces lésions ainsi que d'éventuels traitements à long terme.

**Déclarations de l'assuré :**

D'un point de vue général, M. T. \_\_\_\_\_ se sent fatigué depuis l'automne dernier, c'est-à-dire depuis qu'un traitement par Légalon® a été entrepris pour son hépatite C. Le patient pense avoir contracté cette hépatite C lors d'une transfusion sanguine qui avait été indiquée suite à la réintervention au niveau de son fémur G.

En ce qui concerne le fémur G et l'épaule G, la situation n'évolue pas, depuis longtemps. Le patient a mal au niveau de ses deux hanches mais plus à G qu'à D et il boite tout le temps. Il ne peut pas marcher en terrain irrégulier, a beaucoup de peine à monter ou à descendre des escaliers.

En ce qui concerne l'épaule G, le patient est assez limité dans ses mouvements avec le bras éloigné du tronc. Il n'ose pas vraiment élever son bras au-dessus du niveau de son épaule sans quoi il ressent des blocages avec des douleurs qui durent plusieurs jours. Du point de vue fonctionnel, il semble que le patient soit aussi très limité dans les rotations externes de son épaule. La nuit, le patient est très régulièrement réveillé par des douleurs au niveau de cette épaule G, douleurs qui irradient jusque dans la nuque.

Pour le reste, le patient a des douleurs lombaires et outre les douleurs au niveau de la hanche D, il a également des douleurs au niveau de son genou D. Par moment, en particulier lorsqu'il est couché, il a l'impression d'avoir mal à toutes les articulations en-dehors des coudes.

Outre le Légalon® que le patient prend 3x/jour pour son hépatite C, il prend comme antidouleurs des AINS [anti-inflammatoire non stéroïdien] à raison de 4-6 cp[comprimé]/semaine et 6-8 gouttes de Tramal® en moyenne 2x/semaine. Le patient prend également de temps en temps  $\frac{1}{2}$ -1 cp de Tranxilium®. En effet, du point de vue psychologique, le patient a pu arrêter tout antidépresseur mais il ressent encore parfois des états d'angoisse qui motivent alors la prise du Tranxilium®.

Le patient m'assure qu'il a très nettement diminué voire arrêté l'utilisation de substances psycho-actives, les seules qu'il utilisait étaient de l'herbe. Le patient m'assure ne jamais avoir pris d'autres drogues psycho-actives et en particulier ne jamais s'être injecté de substances psycho-actives. Le patient est du reste testé régulièrement pour l'alcool et les substances psycho-actives par l' [...], étant donné qu'il avait perdu son permis de conduire en raison de l'alcool et qu'il tente de le récupérer.

Du point de vue professionnel, le patient a un permis de machiniste-grutier depuis 1985. Il n'a pas d'autre attestation de formation professionnelle.

D'origine [...], M. T. \_\_\_\_\_ vit en Suisse depuis 1984. Il est marié, sa femme souffre de dépression et est actuellement au chômage. Le couple a une fille de 21 ans qui vit encore chez ses parents. Elle travaille en tant que vendeuse dans un magasin de sport.

### **Examen clinique :**

Patient en état général conservé, collaborant, gauche en-dehors de l'écriture. Le déshabillage se fait en position assise avec exclusion du MSG [membre supérieur gauche]. Taille : 167cm. Poids : 72kg.

Marche avec boiterie à G, marche sur la pointe des pieds et sur les talons possible mais avec boiterie à G. Sautillement unipodal impossible à G en raison de douleurs au niveau de la hanche et impossible à D en raison de douleurs au niveau du genou. La génuflexion est possible complètement si le patient peut se tenir avec les deux mains mais elle est douloureuse au niveau des deux genoux. Le relèvement n'est possible qu'avec l'aide d'appui des deux mains. Pas de gros défaut d'axe des MI [membres inférieurs].

Les épaules paraissent à niveau mais le bassin paraît incliné avec l'épine iliaque antéro-supérieure G plus haute d'environ 2cm par rapport à la D. La courbure de la colonne vertébrale paraît harmonieuse. La palpation des apophyses épineuses est douloureuse en région lombaire, la percussion est douloureuse en région cervicale et lombaire. Je ne palpe pas de contracture de la musculature paravertébrale mais la palpation de cette musculature est douloureuse au niveau cervical et lombaire ddc. Flexion de la nuque avec DMS [distance mains-sol] de 4cm, extension à 14cm. Rotation de la tête à 50° ddc. Inclinaison de la tête limitée à 20° ddc, douloureuse. Flexion globale antérieure avec DDS [distance doigts-sol] de 20cm, relèvement avec douleurs lombaires.

Les cicatrices au niveau de l'épaule G sont calmes.

Fortes douleurs à la palpation de la région de l'articulation acromioclaviculaire G et de toute la région de la tête humérale G.

Abduction active : 180° à D, 60° à G.

Antépulsion active : 180° à D, 75° à G.

En passif, l'épaule G ne paraît pas bloquée au-delà de 90° mais le patient ne me laisse pas aller plus haut en raison des douleurs qu'il ressent.

Rotation externe coudes au corps : 50° à D, 35° à G.

Rotation globale interne : pouce-D4 à D, pouce-D8 à G.

Extension : 50° à D, 30° à G.

Importance diminution de la force à la rotation interne et externe de l'épaule G coudes au corps et au test du portefeuille. Test de Jobe non réalisable en raison des douleurs que la position entraîne au niveau de l'épaule G.

Les deux poignets ont un aspect et des amplitudes articulaires symétriques et physiologiques mais avec des douleurs diffuses dans les deux poignets aux positions extrêmes. Les paumes de mains ont

un aspect, une couleur et une sudation symétriques avec desquamation au niveau de la paume des mains et surtout au niveau de la face palmaire de tous les doigts.

Périmètre du bras mesuré à 15cm de l'extrémité olécranienne : 32cm à D, 31cm à G.

Périmètre à la racine de l'avant-bras : 29cm à D, 28cm à G.

Force de préhension mesurée au dynamomètre de Jamar : 50kg à D, 34kg à G.

Pas déficit sensitivo-moteur au niveau des MS [membres supérieurs].

Les ROT [réflexe ostéo-tendineux] bicipital et stylo-radial sont présents et symétriques.

A l'examen en position couchée en décubitus dorsal, Lasègue indolore à 80° à D; à G entraîne de fortes douleurs au niveau de la hanche et du pli inguinal G à partir de 50° et ne permettant pas plus de 60°.

La palpation des deux chevilles est également douloureuse, bien que moins douloureuse que celle des genoux. La mobilité des chevilles est physiologique mais douloureuse dans les mouvements extrêmes. Importante desquamation au niveau de la plante des pieds et de la face palmaire des orteils.

Périmètre de la cuisse à 15cm du PSR : 50cm à D, 49cm à G.

Périmètre de la cuisse à 10cm du PSR : 44cm ddc.

Périmètre maximal du mollet : 38cm ddc.

La cicatrice partant de la hauteur de l'épine iliaque antéro-supérieure G descendant sur la face latérale de la cuisse G jusqu'à la moitié de sa hauteur est tout à fait calme. La cicatrice de greffe au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure G est également calme.

Pas de déficit sensitivo-moteur au niveau des MI.

ROT rotuliens et achilléens présents et symétriques ».

Dans son appréciation du cas, le Dr S. \_\_\_\_\_ a relevé que du point de vue fonctionnel, la situation était stabilisée et permettait de définir une exigibilité quant aux séquelles de l'accident sur l'épaule gauche et le fémur gauche (capacité de travail entière dans une activité sédentaire épargnant le membre supérieur gauche). Il a par ailleurs mis en évidence une hépatite C et a demandé des investigations à ce sujet.

Le 25 février 2011, lors d'un entretien avec l'assuré, un collaborateur de la CNA a relevé qu'il fallait déterminer si l'hépatite C était en relation avec l'accident; le cas échéant elle allait prendre en charge son

traitement et l'incapacité de travail en découlant. Dans l'intervalle, la CNA continuait de verser des indemnités journalières.

Le 25 mars 2011, sur la base d'un rapport du service de transfusion d' [...], le Dr S.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il fallait nier la relation de causalité entre l'hépatite C et l'accident.

Dans une appréciation médicale du 29 mars 2011, le Dr S.\_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré n'avait pas pu contracter l'hépatite C lors de l'intervention du 19 juin 2008, de sorte que restaient à charge de la CNA les conséquences et séquelles de la fracture diaphysaire comminutive du fémur gauche et de la rupture traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. L'assuré ressentait des douleurs concernant les séquelles de la fracture du fémur et de la lésion de l'épaule gauche. Se référant à l'examen clinique effectué le 25 février 2011, le Dr S.\_\_\_\_\_ constatait objectivement que l'examen des deux hanches était très douloureux, en particulier à la moindre rotation interne et externe. L'examen de l'épaule gauche mettait en évidence une diminution de ses amplitudes articulaires avec, en particulier, une abduction active limitée à 60°, une antépulsion active limitée à 75° ainsi qu'une importante diminution de sa force. L'activité de machiniste-grutier n'était plus exigible, mais l'assuré conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, décrites comme suit:

« activité sédentaire avec possibilité d'alterner les positions debout-assis, sans marche prolongée, sans marche en terrain irrégulier et sans avoir à monter sur des échelles ou échafaudages, sans travaux à genoux ou accroupi, sans mouvement avec le membre supérieur gauche au-dessus de 60°, sans mouvement répétitif du membre supérieur gauche éloigné du tronc, sans port de charges avec le membre supérieur gauche, coudes au corps, de plus de 10 kg et coudes éloignés du tronc de plus de 2 kg, sans mouvement répétitif du membre supérieur gauche éloigné du tronc ».

Egalement le 29 mars 2011, le Dr S.\_\_\_\_\_ a estimé à 25% le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), compte tenu des troubles fonctionnels des membres supérieurs (taux de 15% pour une épaule mobile jusqu'à l'horizontale) et d'un début de coxarthrose de la

hanche gauche (taux de 10%, même s'il n'y avait pas encore de signe clair de coxarthrose).

Dans un courrier du 29 juin 2011, la CNA a informé l'assuré qu'elle allait mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 juillet 2011, ce dernier n'ayant plus besoin de traitement. Elle allait toutefois continuer de prendre en charge les médicaments anti-douleurs et anti-inflammatoires en relation avec les séquelles de l'accident. Elle a précisé que les conditions d'octroi d'autres prestations d'assurance allaient être examinées ultérieurement.

A la demande de la CNA, l'employeur F. \_\_\_\_\_ SA a fait parvenir à cette autorité des décomptes de salaire de l'assuré. Le 19 juillet 2011, suite à un téléphone avec le [...] de [...], la CNA a indiqué que des allocations familiales avaient été versées du 1<sup>er</sup> juillet au 30 novembre 2006, pour un montant total de 1'100 fr., soit 220 fr. par mois.

Par courrier du 26 juillet 2011, la CNA a informé l'assuré qu'elle allait mettre fin au paiement de l'indemnité journalière au 30 septembre 2011, au lieu du 31 juillet 2011, et qu'elle lui verserait une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2011.

Dans une fiche de calcul du 26 juillet 2011, la CNA a retenu un gain assuré de 54'768 fr. par an, compte tenu d'un salaire annuel adapté de 54'242 fr. 19 pour la période du 4 septembre 2005 au 3 septembre 2006 et d'une allocation de formation de 525 fr. (250 fr. par mois plus 3 jours).

Dans un document interne du 27 juillet 2011, la CNA a retenu que le gain présumable perdu pour 2011 s'élevait à 69'190 fr., compte tenu d'un salaire horaire de 32 fr. 76 (30 fr. 25 + 8.3% de 13<sup>ème</sup> salaire) et d'un horaire de travail entre 37.5 et 45 heures par semaine, pour un total de 2'112 heures par année.

La CNA a retenu cinq descriptions de poste de travail (ci-après : DPT) auprès d'entreprises vaudoises, pour déterminer le salaire correspondant en 2011 à des activités de collaborateur de production (trois fois), d'ouvrier sur métaux et polisseur, et d'aide-mécanicien. Dans un document de synthèse établi par la CNA le 27 juillet 2011, il en résulte une moyenne de salaire annuel de 51'197 francs.

Dans un document intitulé « résumé des documents déterminants pour la fixation de la rente » du 17 août 2011, la CNA a retenu que l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, largement sédentaire et sans sollicitations du membre supérieur gauche. Une telle activité lui permettait de réaliser un revenu mensuel de 4'266 fr. (part du 13<sup>ème</sup> salaire comprise). Comparé au gain de 5'766 fr. par mois réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de l'ordre de 26%, déterminant le taux de rente.

Par décision du 12 septembre 2011, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité mensuelle de 949 fr. 30, compte tenu d'un taux d'incapacité de gain de 26% et d'un gain annuel assuré de 54'768 fr., à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2011. Elle a retenu que l'assuré pouvait exercer une activité légère et sédentaire sans sollicitation du membre supérieur gauche, dans laquelle il pouvait réaliser un revenu de 4'266 francs. Comparé au revenu réalisable avant l'accident de 5'766 fr., il en résultait un taux d'invalidité de 26%. D'éventuels troubles psychogènes n'étaient par ailleurs pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. En outre, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 26'700 fr., correspondant à une diminution du taux d'intégrité de 25%.

Le 13 octobre 2011, par son mandataire, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il a mis en cause l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_ - selon lequel il disposerait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée -, le choix des DPT et le montant de la rente ainsi que de l'IPAI. A titre de mesures d'instruction complémentaires, il a demandé à

pouvoir effectuer un nouveau séjour à la CD.\_\_\_\_\_, l'interpellation de médecins et d'experts et la mise en œuvre de nouvelles DPT. Il a également requis le rétablissement de l'effet suspensif.

Par courrier complémentaire du 19 octobre 2011 de son mandataire, l'assuré a produit à l'appui de son opposition un rapport du 11 octobre 2011 du Dr Z.\_\_\_\_\_, dans lequel il proposait la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire, seule à même de permettre la contestation du taux de capacité de travail reconnu. Il certifiait que l'assuré avait été victime d'un accident, suite à un écrasement par un coffrage, ayant entraîné une fracture complexe diaphysaire proximale du fémur gauche et une rupture traumatique de la coiffe des rotateurs à gauche. En raison du traumatisme du fémur, il gardait des douleurs à l'effort sans signe de coxarthrose claire sur le bilan radiologique le plus récent. Outre cet accident, l'assuré était déjà connu pour des troubles dégénératifs du genou droit, des séquelles d'hépatite B guérie, des troubles dépressifs récurrents avec syndrome somatique et des lombalgies chroniques sur des troubles dégénératifs du bas de la colonne lombaire.

Par décision incidente du 22 novembre 2011, la CNA a rejeté la requête de rétablissement de l'effet suspensif.

Dans son appréciation médicale du 9 février 2012, le Dr S.\_\_\_\_\_ a relevé que, selon la doctrine médicale, une boiterie ne pouvait pas décompenser des lombalgies de manière déterminante sur le long terme. Il n'y avait donc pas de lien de causalité pour le moins probable entre les troubles rachidiens et l'accident, mais il pouvait y avoir un lien de causalité possible, limité dans le temps, entre les conséquences de l'accident et la décompensation des troubles dégénératifs lombaires préexistants, ce qui avait pu se passer lorsque l'assuré marchait avec une canne. Les lombalgies dont se plaignait l'assuré n'avaient aucune influence sur l'IPAI déterminée en raison des séquelles de l'accident au niveau de l'épaule gauche et de la hanche gauche. Dans les limitations fonctionnelles d'une activité adaptée, l'alternance des positions assis/debout ne répondait pas à une limitation fonctionnelle concernant le

rachis, mais au fait que l'assuré ne devait pas avoir de position debout statique prolongée en raison des séquelles au niveau de son fémur gauche.

En date du 24 février 2012, le recourant a annoncé à la CNA qu'il devait entreprendre une thérapie lourde pour lutter contre les hépatites B et C dont il était atteint. Il a partant demandé une nouvelle appréciation médicale de la situation.

Par décision sur opposition du 29 février 2012, la CNA a maintenu sa décision initiale. Elle a relevé qu'elle n'avait pas à prendre en compte les troubles rachidiens et la composante psychique dans l'examen des droits à la rente d'invalidité et à l'IPAI, de sorte que seules les séquelles accidentelles au membre inférieur gauche et à l'épaule gauche pouvaient être prises en considération. Sur le plan économique, l'assuré pouvait réaliser dans une activité adaptée à son état de santé, pour les seules conséquences accidentelles, un salaire mensuel moyen de 4'266 fr., qui comparé au revenu de 5'766 fr. réalisable sans l'accident mettait en évidence une perte de gain de 26%. La CNA a ajouté que le taux d'IPAI de 25% fixé par le Dr S.\_\_\_\_\_ devait être retenu, dès lors que les troubles rachidiens n'engageaient pas sa responsabilité et qu'il n'y avait pas de signe clair de coxarthrose. En outre, l'instruction du dossier était complète et il n'y avait pas lieu de procéder à de nouvelles mesures d'instruction.

**B.** Par acte de son mandataire du 30 mars 2012, T.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2011 et subsidiairement au renvoi du dossier à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision.

En premier lieu, il soutient que selon les Drs Z.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, il présente une incapacité de travail totale du seul fait des séquelles accidentelles au membre inférieur gauche et à l'épaule gauche,

la situation s'étant dégradée et tous les moyens mis en œuvre pour l'améliorer ayant échoué. Au vu des rapports médicaux versés au dossier, il explique qu'il présente toujours une incapacité de travail totale, de sorte qu'il a droit à une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2011. Sur le plan économique, il conteste le revenu d'invalidé, dès lors que les DPT sur lesquelles s'est fondée la CNA ne sont pas en adéquation avec son état de santé, en particulier compte tenu de son handicap au bras gauche. Le recourant conteste par ailleurs le taux de l'IPAI, dans le sens où il ne tient pas compte de l'aggravation inévitable de son état de santé. Il réclame à titre de mesures d'instruction sur le plan médical un nouveau séjour à la CD. \_\_\_\_\_ et de nouveaux examens, et, sur le plan économique, l'établissement de nouvelles DPT. Enfin, il demande l'octroi de l'effet suspensif à son recours.

Dans sa réponse du 11 juillet 2012, la CNA, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition. Elle soutient que seules les séquelles accidentelles au membre inférieur gauche et à l'épaule gauche sont déterminantes pour apprécier la capacité de travail résiduelle et le dommage permanent, les troubles rachidiens et psychiques étant sans rapport avec l'accident. Au vu de l'instruction médicale, la CNA estime qu'elle était fondée, sur la base de l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_, à retenir que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé. Sur le plan économique, elle confirme le calcul des revenus avec et sans invalidité, aboutissant à un taux d'invalidité de 26%, en précisant que les DPT qu'elle a consignées - mettant en évidence des emplois légers, sédentaires et sans port de charges - correspondent aux limitations fonctionnelles de l'assuré. S'agissant de l'IPAI, elle renvoie à l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_. Enfin, selon la CNA, il n'y a pas lieu de procéder à de nouvelles mesures d'instruction, ni d'accorder l'effet suspensif au recours.

Par ordonnance du 17 juillet 2012, la juge instructeur a rejeté la requête de mesures provisionnelles tendant à la restitution de l'effet suspensif au recours.

Dans sa réplique du 18 septembre 2012, le recourant a maintenu ses conclusions. Il soutient en substance que la CNA s'est fondée sur un dossier médical incomplet. Il conteste par ailleurs l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_ selon lequel il présenterait une pleine capacité de travail et réclame à nouveau un complément d'instruction sur les plans médical et économique.

Dans sa duplique du 12 octobre 2012, l'intimée a confirmé ses conclusions, en relevant notamment que le dossier a fait l'objet d'une instruction complète.

**C.** Le dossier de l'assuré auprès de l'OAI a été produit. Il comporte notamment, en sus des pièces figurant déjà au dossier de la CNA, les documents suivants :

- Un rapport concernant les capacités fonctionnelles du 3 septembre 2007 du Dr D. \_\_\_\_\_, par lequel ce médecin a indiqué que l'assuré pouvait rester en position assise et debout trois heures par jour, devait alterner les positions, avait un périmètre de marche limité et ne pouvait pas se mettre à genoux ou accroupi, incliner le buste, porter des charges, effectuer des mouvements des membres ou du dos, travailler en hauteur ou sur une échelle ni se déplacer sur sol irrégulier ou en pente.

- Une annexe au rapport médical du 3 septembre 2007 du Dr D. \_\_\_\_\_, dans laquelle ce médecin a estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible et que l'on pouvait exiger de lui d'effectuer une autre activité, en l'occurrence des travaux légers en dehors d'un chantier.

- Un rapport médical du 21 septembre 2007 du Dr D. \_\_\_\_\_, posant les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de fracture compliquée du fémur gauche et de déchirure partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche depuis le 4 septembre 2006 et de lombocruralgies gauches sur atteinte radiculaire L5 depuis 2000. Il a également retenu le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'état

anxio-dépressif post traumatique depuis septembre 2006. L'incapacité de travail a été fixée à 100% à compter du 4 septembre 2006.

- Un questionnaire pour l'employeur rempli le 21 septembre 2007, par lequel F.\_\_\_\_\_ SA a attesté que l'assuré avait effectué son dernier jour de travail comme grutier le 1<sup>er</sup> septembre 2006, que son horaire de travail était de 8.75 heures par jour et que, sans atteinte à la santé, il aurait reçu un salaire de 36 fr. 13 de l'heure depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

- Une demande de renseignements du 17 mars 2011 du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) adressée au Dr D.\_\_\_\_\_, qui a indiqué que l'assuré souffrait d'une hépatite C chronique faisant l'objet d'un traitement de phytothérapie, n'entraînant pas d'incapacité de travail ni de diminution de rendement.

- Un avis médical du 10 mai 2011 du SMR, par lequel les Drs W.\_\_\_\_\_ et AB.\_\_\_\_\_ ont relevé que compte tenu des antécédents de l'assuré et du dossier de la CNA ainsi que pour déterminer l'évolution de l'état de santé, un examen psychiatrique au SMR devait être réalisé.

- Une expertise du 15 décembre 2011 du Dr AC.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de AD.\_\_\_\_\_, psychologue, posant les diagnostics d'état dépressif moyen récurrent, actuellement en rémission, de dépendance éthylique actuellement abstinent sans médication aversive, de traits d'immaturité chez une personnalité état limite de type impulsif et de difficultés financières et à envisager son avenir professionnel. Ils ont indiqué que l'assuré avait présenté un état de stress post traumatique, bénéficié de séances auprès d'un psychiatre, que ses cauchemars ainsi que ses souvenirs de l'accident avaient diminué mais pas disparu et qu'il ne prenait plus d'antidépresseurs. Ils ont retenu que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans toute activité adaptée, au plus tard le 25 février 2011, sans diminution de rendement.

- Un rapport du 10 janvier 2012 du SMR du Dr AE.\_\_\_\_\_, retenant l'atteinte à la santé d'état après fracture diaphysaire fémorale gauche opérée à deux reprises, avec défaut de consolidation sous forme de pseudarthrose ayant ralenti/suspendu la guérison, et d'état après rupture traumatique de la coiffe des rotateurs gauches, traitée chirurgicalement. Il a retenu une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, correspondant aux limitations fonctionnelles, à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation professionnelle, qui ont été décrites comme suit :

« activité sédentaire avec possibilité d'alterner les positions assise et debout, sans marche prolongée ou sur terrain irrégulier et sans avoir à monter sur des échelles ou échafaudages, sans travaux à genoux ou accroupi, sans mouvement avec le membre supérieur G au-dessus de 60°, sans mouvement répétitif du membre supérieur G éloigné du tronc, sans port de charges avec le membre supérieur G, coude au corps, de plus de 10 kg et coudes éloignés du tronc de plus de 2 kg, sans mouvement répétitif du membre supérieur G éloigné du tronc ».

- Un rapport initial du 7 mars 2012 de l'OAI, indiquant les atteintes à la santé de fracture diaphysaire fémorale gauche, de rupture de la coiffe des rotateurs gauches, de hernie discale et cervicalgies, de douleurs aux genoux et d'arthrose aux mains. Il en ressort également que l'assuré, au bénéfice d'une rente de la CNA de 949 fr. 30 et du revenu de son épouse, avait des problèmes financiers et s'était inscrit à l'assurance-chômage.

- Une fiche de calcul du salaire exigible datée du 7 mars 2012, indiquant un revenu d'invalidé de 55'780 fr. 17 (comprenant un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles) et un revenu sans invalidité de 81'327 fr. 60, conduisant à un degré d'invalidité de 31.41%.

- Un rapport du 14 mai 2012 du Dr AF.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'EB.\_\_\_\_\_ (ci-après : EB.\_\_\_\_\_), retenant - à la suite d'un préexamen du 20 mars 2012 et d'un stage effectué par l'intéressé à l'EB.\_\_\_\_\_ - que l'assuré pouvait travailler à plein temps dans une activité

adaptée, avec une baisse de rendement de l'ordre de 20% à cause de son inconfort global, de la nécessité de pauses supplémentaires, de petits déplacements pour dégourdir les articulations, notamment les hanches, les genoux et les chevilles et pour tenir compte aussi de la limitation du bras gauche dominant. Le Dr AF.\_\_\_\_\_ a évoqué la possibilité pour l'assuré de travailler dans le transport de matériel léger.

- Un rapport du 22 mai 2012 de l' EB.\_\_\_\_\_, faisant suite à un stage de quatre semaines du 16 avril au 11 mai 2012, retenant comme synthèse que la capacité de travail résiduelle de l'assuré n'était pas entière, l'exigibilité étant un travail à 100% avec un rendement de 80% dans une activité légère.

- Une décision du 25 juillet 2013, par laquelle l'OAI a octroyé à l'assuré un reclassement professionnel, sous forme d'un apprentissage CFC de mécanicien de production au centre de formation EB.\_\_\_\_\_ de [...], du 1<sup>er</sup> août 2013 au 31 juillet 2016, au taux de 100%; des indemnités journalières lui ont été allouées durant cette période.

**D.** Dans ses déterminations du 18 novembre 2013, l'intimée a maintenu ses conclusions. Au vu du dossier de l'OAI, elle relève que les avis médicaux sont plus convergents que divergents au sujet de la capacité de travail, que la composante psychique n'engage pas la responsabilité de la CNA et que l'assuré est apte à travailler dans une activité adaptée à son état de santé. Elle en déduit qu'elle a correctement fixé le revenu d'invalidité et qu'il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction.

Dans ses déterminations du 26 novembre 2013, le recourant a confirmé ses conclusions. Il soutient, sur la base du dossier constitué par l'OAI, qu'il présente en raison de son accident une incapacité de travail d'au moins 30% (diminution de rendement de 20% et abattement de 10%) et que sa situation médicale n'a pas été examinée à satisfaction de droit. Se prévalant de l'art. 19 al. 1 LAA, il estime que la question d'une rente de la CNA n'a actuellement pas lieu d'être, étant donné qu'il fait l'objet de

mesures de réadaptation de l'OAI sous forme d'un apprentissage jusqu'au 31 juillet 2016 au plus tôt. Il se réfère pour le surplus à ses précédentes écritures.

Les 12 et 16 décembre 2013 respectivement, le recourant et l'intimée ont confirmé leurs conclusions.

### **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 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il 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 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164; 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le taux de la rente d'invalidité accordée au recourant, ainsi que sur le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été reconnue.

**3. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C\_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et

de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C\_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C\_377/2009 précité consid. 5.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

**b)** Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (cf. art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (cf. art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 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 (art. 19 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, LAA). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (TF 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 consid. 5.1 et les références citées).

**c)** 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 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe 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. 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; ATF 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**d)** Pour évaluer le taux d'invalidité et ainsi le montant de la rente, 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 arrêt du 2 novembre 2010 consid. 2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C\_748/2008 arrêt du 10 juin 2009 consid. 2.1).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé — soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible — le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1). Cette seconde méthode d'évaluation du revenu d'invalidité repose sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT), tirées d'une vaste base de données établie par la CNA. Dans ce cas, pour que le revenu d'invalidité corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2; TF 8C\_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C\_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap de l'assuré, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472; TF 8C\_809/2008 précité consid. 4.2.2). Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de

garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (ATF 129 V 472; TF 8C\_809/2008 précité consid. 4.2.2).

**e)** Selon l'art. 24 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2).

Selon la jurisprudence, l'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b et les références; TF 8C\_703/2008 précité consid. 5.1).

La quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est évaluée selon les directives et le barème - non exhaustif - contenus dans l'annexe

3 de l'OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202) (ATF 124 V 29 consid. 1b; 113 V 218 consid. 2a). Lorsque l'atteinte n'y figure pas, le préjudice est estimé en s'inspirant des tables de la division médicale de la CNA, sans que le juge ne soit lié par ces dernières (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; TF 8C\_459/2008 précité consid. 2.1; TF 8C\_365/2007 du 15 mai 2008 consid. 7.2). Il sera par ailleurs équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte (art. 36 al. 4 OLAA). Enfin, l'art. 36 al. 2 LAA prévoit une réduction équitable de l'indemnité lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Selon la table 1 de la division médicale de la CNA, relative à l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, un taux de 30% est prévu en cas d'épaule bloquée en abduction, de 10% en cas d'épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale, et de 15% en cas d'épaule mobile jusqu'à l'horizontale. Selon la table 5 de la division médicale de la CNA, relative à l'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses, un taux de 10 à 30% est prévu pour une coxarthrose moyenne, et de 30 à 40% pour une coxarthrose grave. Il est précisé que les arthroses légères ne donnent pas droit à l'indemnité et que si l'articulation considérée présente une instabilité en plus de l'arthrose, on retiendra le taux d'atteinte à l'intégrité le plus élevé.

**4.** Le recourant fait en premier lieu valoir que sa capacité de travail est nulle depuis l'accident, et que l'intimée ne peut être suivie lorsqu'elle soutient qu'il présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il se réfère à cet égard notamment à l'appréciation du Dr B. \_\_\_\_\_ ainsi qu'à celle des Drs Z. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_.

**a)** Il n'est pas contesté que le recourant a subi un grave accident le 4 septembre 2006, qui a causé une atteinte au niveau du fémur et de l'épaule gauches, savoir une fracture pluri-fragmentaire diaphysaire fémorale gauche proximale, une fracture diaphysaire comminutive du fémur gauche, un œdème de la cuisse gauche avec déformation (cf. rapport non daté des Drs X. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ établi

peu après l'accident), ainsi qu'une rupture de la coiffe des rotateurs (cf. rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 4 mars 2007).

A la suite de l'événement accidentel du 4 septembre 2006, l'assuré a subi plusieurs opérations chirurgicales : le jour de l'accident, il a subi une réduction sur table orthopédique et ostéosynthèse par clou du fémur gauche (cf. rapport précité des Drs X. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_); le 4 avril 2007, il a bénéficié d'une réinsertion humérale trans-osseuse du tendon sus-épineux de l'épaule gauche. Le 5 septembre 2007 a eu lieu l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur gauche. Le 5 septembre 2007, une ré-ostéosynthèse par enclouage alésé (clou Gamma) avec greffe de substitut osseux a été pratiquée au niveau du fémur proximal gauche. L'ablation du clou Gamma a eu lieu le 20 juin 2008. A cette occasion, l'assuré a subi une ostéotomie du fragment interne pour dérotation partielle et ré-ostéosynthèse avec plaque angulée en valgus avec greffe osseuse prise au niveau iliaque. La plaque angulée fémorale a été enlevée le 10 juin 2010. Selon le Dr Z. \_\_\_\_\_, l'opération d'ablation de la plaque angulée du fémur proximal gauche a apporté un bénéfice d'environ 50%, avec moins de douleurs au repos (cf. rapport du 4 août 2010).

L'assuré a encore subi le 16 août 2010 une ténotomie du long chef du biceps, une acromioplastie et une résection claviculaire distale gauche par arthroscopie, sur proposition du Dr B. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 29 juin 2010), toutefois sans décrire d'amélioration, se plaignant de douleurs au repos et à la mobilisation du bras (cf. rapport du 8 décembre 2010 du Dr B. \_\_\_\_\_).

Le 10 janvier 2011, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a relevé que le traitement du point de vue traumatologique était terminé, la plaque du fémur gauche ayant été enlevée. L'assuré a alors été examiné par le Dr S. \_\_\_\_\_ de la CNA, le 25 février 2011. A cette occasion, ce médecin a constaté que du point de vue fonctionnel, la situation du recourant était stabilisée et permettait de définir une exigibilité quant aux séquelles de l'accident sur l'épaule et le fémur gauches. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de

travail de l'assuré était entière dans une activité sédentaire épargnant le membre supérieur gauche. Pour arriver à cette conclusion, le Dr S. \_\_\_\_\_ a résumé les antécédents de l'assuré sur la base du dossier, savoir en particulier les différentes opérations subies et leurs conséquences sur l'état de santé de l'intéressé. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a également procédé à un examen clinique de l'assuré et a fait état de ses déclarations et de ses plaintes. C'est ainsi à la suite d'une étude circonstanciée des points litigieux et d'examens complets que le Dr S. \_\_\_\_\_ a conclu dans son rapport du 25 février 2011 que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée. Le rapport du 25 février 2011 du Dr S. \_\_\_\_\_ doit donc se voir reconnaître pleine valeur probante. Ce rapport n'est au demeurant pas contredit par les autres appréciations médicales au dossier : tous les médecins s'accordent en effet à admettre que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de machiniste-grutier et que sa capacité de travail dans cette activité est désormais inexistante (cf. notamment rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ à l'OAI du 3 septembre 2007, rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 9 mai 2008, rapport du 16 septembre 2008 des Drs L. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 7 avril 2009, rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 29 mars 2011, rapport du Dr AE. \_\_\_\_\_ du SMR du 10 janvier 2012). Il n'est pas non plus contesté qu'à la suite de l'accident du 4 septembre 2006, l'assuré a subi une longue période d'incapacité totale de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, tant que son état de santé n'était pas stabilisé. Toutefois son état a été considéré comme stabilisé par le Dr S. \_\_\_\_\_ dans son appréciation du 25 février 2011, sans qu'il ne soit contredit, le Dr Z. \_\_\_\_\_ étant d'avis que le traitement était terminé (cf. rapport du 10 janvier 2011) et le Dr B. \_\_\_\_\_, qui avait revu le patient pour la dernière fois en décembre 2010, n'ayant pas de proposition thérapeutique à formuler.

**b)** Se pose ensuite la question de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à son état de santé.

A cet égard, l'assuré ne paraît plus, dans son écriture du 26 novembre 2013 faisant suite à la production du dossier de l'OAI, soutenir

qu'il présenterait une incapacité de travail totale dans toute activité. Il soutient que son incapacité de travail serait à tout le moins de 30%, celle-ci correspondant à une baisse de rendement de 20%, et à un abattement de 10% qu'il attribue à ses limitations fonctionnelles.

Or les médecins consultés sont d'avis que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelle est entière. Ainsi le Dr S.\_\_\_\_\_, dans son appréciation - probante - du 25 février 2011, retient bien une capacité entière dans une activité sédentaire épargnant le membre supérieur gauche. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a confirmé cette appréciation le 29 mars 2011, en précisant que les limitations fonctionnelles sont les suivantes : activité sédentaire avec possibilité d'alterner les positions debout-assis, sans marche prolongée, sans marche en terrain irrégulier et sans avoir à monter sur des échelles ou échafaudages, sans travaux à genoux ou accroupi, sans mouvement avec le membre supérieur gauche au-dessus de 60°, sans mouvement répétitif du membre supérieur gauche éloigné du tronc, sans port de charges avec le membre supérieur gauche, coudes au corps, de plus de 10 kg et coudes éloignés du tronc de plus de 2 kg, et sans mouvement répétitif du membre supérieur gauche éloigné du tronc. Cette appréciation n'est pas contredite par les autres médecins. Le Dr AE.\_\_\_\_\_ du SMR a du reste retenu les mêmes limitations dans son rapport du 10 janvier 2012, estimant également que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Selon l'avis du Dr AF.\_\_\_\_\_, dont le recourant se prévaut, il pourrait certes travailler à plein temps dans une activité adaptée, toutefois avec une baisse de rendement de 20%. Or ce médecin est le seul à faire état d'une telle diminution. En outre son appréciation est postérieure à la décision attaquée, alors qu'il est constant que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1). Il est surtout déterminant de relever que le Dr AF.\_\_\_\_\_ a fait état d'une baisse de rendement de 20% afin de tenir compte de « l'inconfort global » du recourant. Or, dans le cadre de l'assurance-accidents, seules les

affections en lien avec l'événement accidentel sont prises en compte. Le Dr AF. \_\_\_\_\_, qui intervient dans le cadre de l'instruction par l'OAI de la demande de prestations, n'a toutefois pas à se préoccuper du point de savoir si l'une ou l'autre affection du recourant est en lien avec l'accident ou résulte d'une autre atteinte. Dans la mesure où il est établi que le recourant présente des atteintes à la santé qui sont sans lien avec l'accident, respectivement étaient préexistantes à celui-ci, et que le Dr AF. \_\_\_\_\_ a déclaré avoir pris en considération l'état « global » de l'intéressé pour arrêter une baisse de rendement de 20%, il n'y a pas lieu de se référer à cet unique avis dans le cadre de la présente espèce pour écarter celui, probant, du Dr S. \_\_\_\_\_. L'appréciation du Dr AF. \_\_\_\_\_ se fonde en outre sur un stage d'observation à l' EB. \_\_\_\_\_ durant lequel le recourant a effectué des activités très peu disparates (essentiellement polissage, montage, pliage, soudage, tournage et contrôle). Ainsi la baisse de rendement n'a été observée que dans un domaine professionnel très limité, dont on ne peut déduire une diminution de rendement dans toutes activités. S'agissant des affections sans lien avec l'accident, on note en particulier que le recourant souffre d'une hernie L4-L5 (cf. rapport des Drs Y. \_\_\_\_\_, A. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ du 23 juillet 2008). Le Dr U. \_\_\_\_\_ a pour sa part mentionné une rectitude de la colonne lombaire, une hyperlordose de la jonction lombo-sacrée, une discopathie L5-S1 s'accompagnant d'une petite hernie discale médio-latérale gauche et d'une légère tuméfaction secondaire de la racine L5 gauche (cf. rapport du 8 décembre 2008). Si le patient a vraisemblablement décompensé son rachis lombaire à la suite de l'usage prolongé d'une canne selon le Dr K. \_\_\_\_\_ (cf. avis du 10 décembre 2008), le Dr S. \_\_\_\_\_ a exposé le 9 février 2012 qu'une boiterie ne pouvait pas, selon la doctrine médicale, décompenser des lombalgies de manière déterminante sur le long terme, excluant, sans être contredit, le lien de causalité entre les troubles rachidiens et l'accident. Au demeurant, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a indiqué le 19 octobre 2011 que son patient était déjà connu avant l'accident pour des troubles dégénératifs du genou droit, des séquelles d'hépatite B guérie, des troubles dépressifs récurrents avec syndrome somatique et des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs du bas de la colonne lombaire. On relèvera enfin pour autant que de besoin que l'hépatite C

évoquée lors de l'examen de l'assuré par le Dr S. \_\_\_\_\_ en février 2011 a donné lieu à une investigation complémentaire pour déterminer si elle était en lien avec l'accident, respectivement avec les interventions chirurgicales subies à la suite de ce dernier. Cette hypothèse a pu être écartée. Au demeurant le Dr D. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'hépatite C dont souffrait son patient n'entraînait pas d'incapacité de travail ni de baisse de rendement (cf. demande de renseignements du 17 mars 2011 au SMR).

Il est enfin établi et non contesté que les troubles psychiques du recourant ne sont pas en lien de causalité avec l'accident, ceux-ci étant quoi qu'il en soit sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé selon le Dr AC. \_\_\_\_\_ (cf. expertise du 15 décembre 2011) et aucune incapacité de travail en raison de troubles psychiques n'ayant été attestée durant les séjours de l'assuré à la CD. \_\_\_\_\_ ni par un psychiatre.

On retiendra donc que le recourant présente bien une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telles que décrites par le Dr S. \_\_\_\_\_, si bien que l'intimée était fondée à considérer que son état de santé était stabilisé et qu'elle pouvait passer au calcul de la rente au 1<sup>er</sup> octobre 2011. On relèvera enfin que le recourant effectue un apprentissage de mécanicien de production au taux de 100%, ce qui va dans le sens de l'intimée lorsqu'elle retient une entière capacité de travail.

**5.** Le recourant conteste ensuite le revenu avec invalidité retenu par l'intimée, en estimant que les DPT prises en compte ne sont pas en adéquation avec son état de santé, en particulier avec son handicap au niveau du bras gauche.

Si les cinq DPT retenues par la CNA requièrent le maniement d'objets légers/à motricité fine et principalement l'usage des deux mains, il n'est en revanche pas démontré que le recourant ne puisse plus utiliser son bras gauche pour exécuter des activités fines. Aucun rapport médical n'atteste qu'il serait ainsi limité avec sa main gauche. Bien que le recourant ait été blessé à l'épaule gauche, cela ne signifie pas qu'il ne

puisse plus du tout mobiliser cette articulation. Les limitations fonctionnelles concernant le membre supérieur gauche - telles que décrites notamment par le Dr S.\_\_\_\_\_ ainsi que par les médecins de la CD.\_\_\_\_\_ - se traduisent par une restriction au niveau de la charge et de l'amplitude et ne limitent ainsi pas la motricité fine ni le maniement d'objets légers. En revanche, les DPT proposées par l'intimée ne sont pas adaptées aux limitations fonctionnelles en ce qui concerne l'exigence de l'alternance des positions debout-assis retenue tant par la CNA (rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ du 29 mars 2011) que par l'OAI (rapport du Dr AE.\_\_\_\_\_ du 10 janvier 2012) et que reprend au demeurant le Dr AF.\_\_\_\_\_ lorsqu'il préconise la nécessité de petits déplacements (rapport du 14 mai 2012). En effet, deux des postes (n°658779 : collaborateur de production et n°5905 : ouvrier sur métaux, polisseur) ne prévoient pas d'activité en position debout, tandis que les trois autres (n°11554 : collaborateur de production, n°5828 : collaborateur de production et n°3305 : aide-mécanicien) prévoient la position debout, en parallèle à la position assise, mais dans une très faible mesure (rarement : 1-5% ou jusqu'à une demie heure par jour). Les cinq DPT proposées n'offrent surtout pas la possibilité à l'employé de décider de travailler en position assise ou debout, soit d'alterner ces positions, ce qui n'est pas compatible avec les limitations fonctionnelles retenues par le Dr S.\_\_\_\_\_ et les médecins de la CD.\_\_\_\_\_.

Au vu de ce qui précède, la méthode de calcul par DPT choisie par la CNA pour déterminer le revenu d'invalidé du recourant n'est pas appropriée dès lors qu'elle ne répond pas aux exigences de la jurisprudence, les DPT devant être adaptées au handicap de l'assuré (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2; cf. consid. 3d supra). Dans ces conditions, il y a lieu de déterminer quel serait le revenu d'invalidé fondé sur l'ESS (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; cf. consid. 3d supra).

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010 : 4'901 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (ESS 2010, T1, niveau de

qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,6 heures; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 5'097 fr. 04 par mois ( $4'901 \times 41,6 : 40$ ), soit 61'164 fr. 48 par année. Il convient encore d'adapter ce montant à l'évolution des salaires pour l'année 2011 (+1%), année d'ouverture du droit à la rente, ce qui correspond à un revenu annuel d'invalidé de 61'776 fr. 12.

Le montant résultant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement. La mesure de cette réduction dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références citées; voir également TF I 848/05 du 29 novembre 2006 consid. 5.3.3).

En l'espèce, compte tenu des limitations fonctionnelles, notamment des charges pouvant être portées par l'assuré et de l'amplitude réduite de son bras gauche, ainsi que de la nécessité de pouvoir alterner les positions debout-assis, un abattement de 15% pourrait être justifié. Le revenu annuel d'invalidé calculé sur la base de l'ESS s'élèverait ainsi à 52'509 fr. 70 ( $61'776 \text{ fr. } 12 - 15\%$ ).

Il apparaît ainsi que le revenu d'invalidé de 52'509 fr. 70 calculé sur la base de l'ESS se rapproche de celui retenu par la CNA sur la base des DPT, ce dernier s'élevant à 51'197 francs. Le revenu calculé sur la base des DPT, certes en tenant compte de DPT non adaptées à l'état

du recourant, se révèle ainsi plus favorable à ce dernier que le revenu fondé sur l'ESS. On retiendra donc le revenu le plus favorable au recourant, qui paraît finalement adéquat compte tenu de l'ensemble des circonstances, sans qu'il n'y ait lieu de réformer la décision attaquée au détriment de l'intéressé.

Aux termes 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. En l'espèce, - contrairement à ce que soutient le recourant - l'intimée était fondée à se prononcer sur son droit à la rente dans sa décision sur opposition du 29 février 2012. En effet, la CNA a statué sur la base des éléments au dossier au 29 février 2012, date à laquelle l'état de santé du recourant était largement stabilisé, puisqu'il l'a été à tout le moins depuis le mois de février 2011 selon le Dr S.\_\_\_\_\_.

En définitive, c'est à juste titre qu'une rente d'invalidité mensuelle de 949 fr. 30 a été allouée au recourant depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2011.

**6.** Dans un dernier grief, le recourant soutient que le taux de l'IPAI fixé par la CNA à 25% est insuffisant.

**a)** Il y a lieu de relever dans ce contexte que le recourant n'a pas formellement conclu à l'octroi d'une IPAI d'un taux supérieur à 25%, sa conclusion principale en recours tendant à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente entière, et subsidiairement à l'annulation de dite décision et au renvoi de la cause à l'intimée. La question de la recevabilité du grief relatif à la quotité de l'IPAI peut donc se poser. Dès lors toutefois que ce moyen doit quoi qu'il en soit être rejeté, la question de la recevabilité de cette conclusion souffre de demeurer ouverte.

Le taux de 25% correspond à celui retenu par le Dr S. \_\_\_\_\_ (estimation de l'atteinte à l'intégrité du 29 mars 2011), qui s'est fondé sur un taux de 15% pour une épaule mobile jusqu'à l'horizontale et sur un taux de 10% pour un début de coxarthrose. Ces taux correspondent à ceux prévus par les tables 1 et 5 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, applicables pour les troubles fonctionnels des membres supérieurs, respectivement l'arthrose. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a motivé son avis en expliquant que l'assuré ne pouvait pas élever son bras au-dessus de l'horizontale, en raison de blocages et de douleurs. Pour l'atteinte au membre inférieur gauche, ce médecin a expliqué que l'assuré présentait une symptomatologie tout à fait équivalente à un début de coxarthrose de la hanche gauche, même si les radiographies ne montraient pas encore de signe clair de coxarthrose.

Le dossier ne comporte aucun document médical faisant état d'une évaluation divergente de celle retenue par le Dr S. \_\_\_\_\_, qui peut dès lors être confirmée. Lorsque le recourant soutient qu'il n'a pas été suffisamment tenu compte d'une éventuelle aggravation, rien ne permet d'affirmer que son état de santé se péjorera. Au demeurant, selon le Dr S. \_\_\_\_\_, aucun signe clair de coxarthrose n'était décelable, de sorte qu'on ne saurait reprocher à ce médecin de s'être fondé sur le taux minimal correspondant à une coxarthrose moyenne. Du reste, selon la table 5 de la division médicale de la CNA, les arthroses légères ne donnent pas droit à l'indemnité.

**b)** Pour le surplus, les problèmes dorsaux ne résultant pas de l'accident du 4 septembre 2006, ils ne peuvent donner droit à une IPAI (cf. consid. 4b).

**c)** Par conséquent, le taux global de 25% (15% pour l'épaule gauche et 10% pour la hanche gauche) doit être confirmé.

Compte tenu du montant annuel de 106'800 fr., c'est à juste titre que le droit à une IPAI de 26'700 fr. (106'800 fr. x 25%) a été reconnu au recourant.

**7.** Le dossier étant complet du point de vue médical et économique pour permettre à la Cour de céans de trancher le litige, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'un nouveau séjour à la CD.\_\_\_\_\_ avec pronostic quant à l'évolution de l'état de santé et établissement de nouvelles DPT, comme le requiert le recourant. En effet, 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).

**8. a)** Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée rendue par la CNA.

**b)** Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocate d'office. Me Estelle Chanson a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure. Après examen détaillé, le temps consacré à certaines opérations listées paraît toutefois trop important vu la complexité de la cause et la connaissance du dossier acquise en procédure administrative. Il en va ainsi notamment des actes de procédure, quand bien même ils ont été rédigés par un stagiaire. En particulier, 15 heures ont été consacrées à la rédaction du recours, puis 7 heures à celle des déterminations, puis 4 heures à l'examen du dossier AI, et 8 heures à celle des observations, ce qui est manifestement excessif. Malgré la prise en compte du manque

d'expérience du stagiaire, le temps indiqué de 42.75 heures paraît disproportionné par rapport à celui qu'aurait consacré un mandataire diligent à la cause. Eu égard aux constatations qui précèdent, il convient de ramener à 4'000 fr. le montant des honoraires, TVA à 8% et débours compris.

**c)** La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

**d)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA). Quant à l'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 de dépens à charge du recourant.

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 29 février 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

**III.** L'indemnité d'office de Me Estelle Chanson, conseil du recourant, est arrêtée à 4'000 fr. (quatre mille francs), débours et TVA compris.

**IV.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

**V.** 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 Estelle Chanson (pour T. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig (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 :