

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 décembre 2011

Présidence de M. DIND
Juges : Mme Thalmann et M. Métral
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Me Eric Kaltenrieder, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA), à Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey.

Art. 6 al. 1 et 18 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Q._____, né en 1951, de nationalité [...], titulaire d'un permis C, travaillait en qualité d'ouvrier depuis le 1^{er} mai 2004 auprès de l'entreprise [...] SA à [...], société active dans le coffrage de béton armé. Le 23 août 2006, il a été victime sur son lieu de travail d'une chute de plusieurs mètres avec réception sur le dessous du bras droit engendrant une luxation antéro-inférieure de l'épaule droite, traitée orthopédiquement. Une arthro-IRM pratiquée le 20 septembre 2006 a mis en évidence une déchirure complète du sus-épineux et partielle des faisceaux inférieurs du sous-scapulaire, ainsi qu'une petite fracture de Hill-Sachs et une mini-lésion de Bankart. L'assuré a dès lors bénéficié en date du 26 octobre 2006 d'une suture du sus-épineux ainsi que d'une acromioplastie, intervention réalisée par les Drs C._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et R._____ (D.23). L'évolution a été compliquée par une capsulite rétractile. Son cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Dans un rapport médical du 29 janvier 2007 (D.26), le Dr M._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a notamment indiqué ce qui suit :

"Actuellement, s'il admet qu'il a fait des progrès, le patient dit qu'il a encore passablement de douleurs et que la mobilité de son épaule reste limitée. Il commence à pouvoir se raser avec la main droite. Il n'arrive pas encore à s'essuyer.

Objectivement, chez un patient plutôt costaud, l'épaule droite, qui ne présente pas d'amyotrophie significative est souple jusqu'à l'horizontale, douloureuse au-delà. La chute du bras est bien freinée lors de la manœuvre de Jobe et la force en rotation externe est conservée. La mobilité active est assez limitée dans tous les plans. Passivement, les amplitudes articulaires sont quand même améliorables.

Ce schéma capsulaire était manifestement présent avant l'intervention du 26.10.06 et peut-être aurait-il fallu assouplir un peu plus cette épaule avant de vouloir réparer le sus-épineux. D'un autre côté, le patient a manifestement été impressionné par les lésions associées qu'on lui a trouvées et il est probable qu'il était peu disposé à

s'investir en physiothérapie aussi longtemps qu'elles n'étaient pas réparées.
Quoi qu'il en soit, assez pusillanime, il a besoin qu'on le soutienne dans sa rééducation et un séjour à la Clinique J. _____ a certainement tout son sens".

L'assuré a finalement séjourné du 20 février au 15 mars 2007 à la Clinique J. _____, à [...]. Dans un rapport de synthèse du 10 avril 2007 (D.33), les Drs B. _____, spécialiste FMH en médecine physique, réhabilitation et chirurgie orthopédique, et P. _____, respectivement médecin adjoint et médecin hospitalier du Service de réadaptation générale, ont conclu que l'intéressé présentait un syndrome épaule-main du membre supérieur droit (dont on pouvait présumer que l'évolution serait longue), une luxation antéro-inférieure de l'épaule droite le 23 août 2006 (déchirure totale du supra-épineux et partielle du sous-scapulaire, fracture de Hill-Sachs et minime lésion de Bankart), ainsi qu'une plexopathie brachiale traumatique distale séquellaire. La situation médicale n'étant pas stabilisée, les médecins ont préconisé la poursuite de la rééducation ambulatoire dans le but d'augmenter très progressivement les amplitudes articulaires, tout en respectant le seuil douloureux. L'incapacité de travail restait totale dans le métier de maçon-coffreur.

b) Le 6 juin 2007, Q. _____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en raison de "multiples fractures et contusions".

c) Dans un rapport médical intermédiaire du 20 juin 2007 (D.39), le Dr C. _____ a diagnostiqué un status après réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, compliqué par une algodystrophie. Il a ajouté que l'évolution était lentement favorable, avec une diminution des douleurs et une augmentation de la mobilité, et que l'élévation active de l'épaule droite était de 120°. Il estimait que la reprise du travail n'était toujours pas envisageable.

Dans un rapport d'examen médical final du 20 juillet 2007 (D.43), le Dr M._____ a exposé ce qui suit s'agissant de l'appréciation du cas :

" (...)

Actuellement, le patient dit qu'il va un peu mieux. Il souligne cependant, à plusieurs reprises, qu'il souffre d'une algodystrophie, qui touche un peu l'ensemble du MSD. S'il est habitué aux douleurs, la mobilité de son épaule droite est encore passablement limitée. On lui a dit qu'il fallait être patient, ce qui n'est peut-être pas dans son caractère.

A l'examen clinique, on retrouve un patient trapu, bien musclé et bronzé, logorrhéique, qui donne parfois un peu l'impression de vouloir "occuper le terrain".

Objectivement, l'épaule droite est relativement souple, peu douloureuse à la mobilisation. Les signes du conflit sont négatifs. La chute du bras est bien freinée lors de la manœuvre de Jobe et la force en rotation externe est conservée. La mobilité a bien progressé même si les rotations sont encore limitées. Le coude et le poignet ont une mobilité complète. Il en va de même du pouce et des doigts longs. La force de serrage de la main droite n'est que modérément diminuée par rapport à gauche, où elle est extrêmement importante.

Il est possible que la reprise de l'activité antérieure ne soit pas envisageable mais on explique bien au patient qu'il conserve une pleine capacité de travail dans une activité légère, exercée à hauteur de table ou d'établi, et qu'il faut qu'il se mette à chercher un emploi qui lui convienne, sans attendre d'hypothétiques mesures de reclassement professionnel sous l'égide de l'AI ".

Dans un rapport médical intermédiaire du 7 octobre 2007 (D.48), le Dr C._____ a noté une diminution des douleurs, des progrès lents à la mobilisation et une élévation active à 140°, soit 20° de progrès en trois mois et demi.

L'assuré a bénéficié d'un second séjour à la Clinique J._____ du 31 octobre au 20 novembre 2007 en vue d'une évaluation professionnelle. Dans un rapport de synthèse du 20 décembre 2007 (D.57), les Drs S._____, spécialiste FMH en rhumatologie et L._____, respectivement médecin-associé et médecin-assistant au Service de réadaptation générale ont notamment relevé ce qui suit :

" **DIAGNOSTIC PRIMAIRE**

- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z50.1)

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- Syndrome épaule-main du MSD (M75.0)
 - Luxation antéro-inférieure de l'épaule droite le 23.08.2006 : déchirure totale du supra-épineux et partielle du sous-scapulaire, fracture de Hill-Sachs et minime lésion de Bankart (T92.3)
 - Plexopathie brachiale traumatique distale, séquellaire (M54.1)
 - Suture du supra-épineux et acromioplastie le 26.10.2006 (Z58.8)
- (...)

APPRECIATION ET DISCUSSION

(...)

En résumé :

Le patient présente un syndrome épaule-main dont l'activité actuelle est difficilement évaluable en raison des multiples plaintes et d'autolimitations lors du bilan. Nous pensons que, concernant les douleurs, une certaine amélioration sera encore possible dans le futur. Il n'y a pas de proposition de poursuite de la physiothérapie. Le patient devra faire lui-même son autorééducation pour le maintien de la mobilité.

Sur le plan socioprofessionnel :

M. Q._____ a travaillé dans le secteur du bâtiment comme manœuvre et chauffeur, réparateur de machines ainsi que manutentionnaire. Au vu de son affection de l'épaule droite, nous retenons une incapacité de travail dans sa profession actuelle de chauffeur et manœuvre de chantier. Une demande AI est en cours. Dans une activité adaptée respectant les limitations pour le travail en hauteur, au-dessus de l'horizontale et le port de charges répétitif en hauteur ou en porte-à-faux, la capacité de travail sera complète. Le patient est suivi dans les ateliers professionnels et une discussion sur une réorientation professionnelle a été peu fructueuse, le patient étant préoccupé par ses symptômes et jugeant la récupération insuffisante pour reprendre un métier. Vu le manque de motivation et d'investissement, nous décidons de ne pas faire de phase I. L'AI n'entrera sûrement pas en matière pour un reclassement professionnel long mais peut-être pour une aide au placement.

Le jour de la sortie, le patient a reçu des explications par notre gestionnaire de cas de la Clinique J._____, sur les tenants et aboutissants de la demande AI et de l'exigibilité d'une activité adaptée. Une stabilisation de l'état clinique est attendue dans les 2-3 mois qui viennent. Un examen par le médecin de l'Agence sera utile d'ici 2-3 mois.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE CHAUFFEUR ET DE MANŒUVRE DE CHANTIERS

- 100 % de longue durée.

TRAITEMENT A LA SORTIE

- Aucun".

Dans un rapport médical intermédiaire du 25 avril 2008 (D.68), le Dr C._____ a maintenu une incapacité de travail à 100 %, notant une évolution de santé stationnaire, une élévation de l'épaule à plus ou moins 130° et l'impossibilité de la reprise d'une activité sollicitant le membre supérieur droit.

Dans un rapport d'examen médical final du 8 juillet 2008 (D.73), le Dr M._____ a relevé ce qui suit :

" (...)

Actuellement, le patient dit que la situation est "catastrophique". Il a l'impression que son épaule droite est serrée dans un bandage. Il décrit également des irradiations douloureuses vers la nuque et dans le bras. Surtout, il revient sur le fait qu'il souffre d'une algodystrophie intéressant tout le MSD qui lui bloque parfois le poignet et lui fait enfler la main. Il en résulte une impossibilité à se servir normalement du bras droit de manière un peu soutenue, même dans une activité

relativement légère. C'est ainsi qu'il ne peut même pas passer l'aspirateur dans sa voiture. De surcroît, contrairement à ce qu'il espérait, les choses ne s'arrangent pas avec le temps.

Objectivement, l'épaule droite est assez souple, légèrement douloureuse à la mobilisation. Les signes du conflit sont douteux. La chute du bras est bien freinée lors de la manœuvre de Jobe et la force en rotation externe est conservée. La mobilité est modérément limitée, inchangée. Passivement, les amplitudes articulaires ne sont guère améliorables. Le poignet droit serait douloureux à la mobilisation mais de manière variable et la mobilité active, qui est un peu fluctuante, est légèrement limitée. La main droite paraît plus pleine que la gauche mais elle ne présente pas de franche tuméfaction. Le pouce et les doigts longs ont une mobilité complète. La force de serrage de la main droite n'est que modérément réduite.

Il y a donc une certaine discordance entre l'importance des plaintes et surtout l'incapacité totale de travail revendiquée et les constatations objectives de l'examen clinique qui vont plutôt dans le sens de séquelles relativement modérées de l'accident du 23.8.06.

Pour ma part, je confirme que le patient a une pleine capacité de travail dans une activité légère, de type industriel, exercée à hauteur de table ou d'établi, et ne réclamant pas de dextérité particulière ".

Dans un rapport du 5 novembre 2008 adressé au Dr C._____ (D.83), le Dr N._____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que le bilan clinique et électrophysiologique ne permettait pas de confirmer la suspicion d'un syndrome de tunnel carpien. L'examen neurologique du membre supérieur droit était sans particularité, sans atteinte sensitivo-motrice, ni altération des réflexes. L'ENMG avait toutefois révélé une discrète irritation du nerf cubital au niveau du coude droit, probablement de découverte fortuite sans manifestation clinique.

L'assuré a finalement subi une opération de l'épaule droite en date du 28 avril 2009 par arthroscopie avec arthrolyse et libération de l'espace sous-acromial (D.96).

Dans un rapport médical intermédiaire du 15 août 2009 (D.101), le Dr C._____ a précisé que l'intervention précitée n'avait pas amené grand-chose (élévation actuelle : 140°). Le patient avait toujours

mal lors de la sollicitation de son épaule. Dans ces conditions, il ne pouvait plus reprendre une activité sollicitant son membre supérieur droit. Il méritait dès lors une rente ou un recyclage adapté aux conditions du marché du travail et à ses capacités.

Dans un rapport faisant suite à un examen médical final du 6 octobre 2009 (D.105), le Dr M. _____ a retenu ce qui suit :

"(...)

Actuellement, le patient dit que cela ne va pas du tout. La dernière intervention n'a rien apporté. Son épaule est foutue. On ne veut pas le reconnaître. Il y a des erreurs dans son dossier. On l'a confondu avec un autre. La gravité de l'accident a été sous-estimée.

Objectivement, l'épaule droite est souple, largement indolore à la mobilisation, les signes du conflit sont négatifs. Tous les tendons de la coiffe des rotateurs sont fonctionnels et leur mise sous tension n'est pas douloureuse. La mobilité a progressé. Le poignet droit est calme. Il a également une bonne mobilité. La force de serrage de la main droite n'est que modérément réduite.

On essaie toujours d'expliquer au patient qu'il a une épaule tout à fait fonctionnelle, contrastant avec des plaintes toujours reconduites et dont l'ampleur ne fait qu'augmenter d'un examen à l'autre.

Le patient finit par s'excuser de sa véhémence. Il se demande s'il a toujours droit à prendre une retraite anticipée. Il faudrait probablement qu'il reprenne une certaine activité dans le bâtiment. On lui conseille d'examiner la chose avec le syndicat. On lui rappelle aussi que l'AI lui a proposé une aide au placement et on lui explique les grandes lignes.

Les conclusions en termes d'exigibilité de l'atteinte à l'intégrité prise à l'issue de l'examen à l'agence du 8.7.08 restent d'actualité".

d) Le 27 octobre 2009, la CNA a informé l'intéressé qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 novembre 2009 (D.109).

Par décision du 13 novembre 2009, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 25 % dès le 1er juillet 2009, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % ascendant à 16'020 fr.

(D.115). En date du 13 décembre 2009 (D.116), l'intéressé a formé opposition, faisant valoir qu'il était dans l'impossibilité de se servir normalement de son bras droit même dans une activité légère, en raison d'une algodystrophie au niveau de tout le membre supérieur droit, bloquant le poignet et lui faisant enfler la main. Il a dès lors sollicité la mise en œuvre d'une expertise complémentaire afin de déterminer les répercussions de cette affection sur sa capacité de travail et de réévaluer les postes de travail compatibles avec son état de santé.

Par décision sur opposition du 2 mars 2010 (D.126), la CNA a confirmé sa décision du 13 novembre 2009 relative à l'octroi d'une rente d'invalidité de 25 % dès le 1er juillet 2009, les autres points n'étant pas contestés. Sur le plan médical, la CNA a constaté que le travail de chauffeur et manœuvre de chantier n'était raisonnablement plus exigible. Toutefois, dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles (activité professionnelle légère, de type industriel, exercée à hauteur de table ou d'établi, et ne réclamant pas de dextérité particulière), la capacité de travail était totale. La CNA s'est ainsi référée à l'appréciation du Dr M._____, qui avait examiné l'assuré à quatre reprises et qui avait dès lors pris ses conclusions en toute connaissance de cause, après que tous les traitements et les examens d'imagerie et cliniques utiles avaient été entrepris. La CNA a considéré qu'il n'y avait aucun moyen de mettre en doute l'avis du Dr M._____, qui avait par conséquent entière valeur probante, si bien que la mise en œuvre d'une expertise médicale, au seul motif, éventuellement, que des conclusions divergentes pouvaient être prises, était inutile. Sur le plan économique, la CNA a constaté que le revenu sans invalidité fixé à 68'861 fr. pour l'année 2009 n'était pas contesté. Le revenu d'invalidité fixé à 51'700 fr. était basé sur cinq descriptions de postes de travail (DPT). Le choix des DPT précitées n'étant toutefois pas exempt de toute critique, la CNA a décidé de recourir à la méthode générale de comparaison des revenus pour déterminer le degré d'invalidité, l'assuré n'ayant pas repris d'activité lucrative. Sur la base d'un revenu mensuel de 4'806 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé en 2008, compte tenu du temps

de travail moyen effectué dans les entreprises en 2008 et 2009 (41.6 heures), de l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+2.2 %), la CNA a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 61'298 fr. 42. Dès lors, le revenu d'invalidé litigieux de 51'700 fr. était de l'ordre de 16 % inférieur au revenu 2009 fondé sur les statistiques, si bien qu'il tenait compte de manière équitable de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce.

e) Dans l'intervalle, soit par projet de décision du 16 juillet 2008, confirmé par décision du 9 octobre 2008, l'OAI a refusé la demande de prestations de l'assuré, au motif que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à son état de santé, soit non manuelle et sans utilisation prolongée de l'épaule droite. Ainsi, en comparant, pour l'année 2007, le salaire sans invalidité de 66'109 fr. 80 et celui avec invalidité de 51'122 fr. 81 (calculé selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure de salaires [ESS], avec un abattement de 15 %), il en résultait un degré d'invalidité de 22 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Dans une lettre d'accompagnement également datée du 9 octobre 2008, l'OAI a exposé qu'il avait tenu compte de l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA, selon lequel l'assuré pouvait travailler à plein temps dans une activité légère, de type industriel, à hauteur de table ou d'établi et ne réclamant pas de dextérité particulière.

Par arrêt du 19 octobre 2010, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré, considérant qu'il pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée à son état de santé et que la comparaison des revenus avec et sans invalidité mettait en évidence une perte économique de 22 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à au moins un quart de rente d'invalidité.

Ce jugement est entré en force.

B. a) Par acte de son mandataire du 29 mars 2010, Q. _____ interjette recours contre la décision sur opposition de la CNA. Il conclut à l'admission du recours en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité de

100 %, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée, le dossier devant être renvoyé à l'intimée pour nouvelle instruction. Il soutient qu'une algodystrophie l'empêche de travailler, puisqu'il est dans l'impossibilité de se servir normalement de tout le membre supérieur droit et, ce même dans le cadre d'une activité légère. Sa capacité de travail ne saurait être pleine, mais tout au plus particulièrement légère avec un rendement extrêmement faible, raison pour laquelle il sollicite la mise en œuvre d'une expertise complémentaire. Il critique en outre les DPT retenues, car elles ne sont absolument pas adéquates. Ainsi dans son rapport, le Dr M. _____ a précisé que l'activité exigible ne devait pas réclamer de dextérité particulière. Or, la DPT n°5828 mentionne qu'il s'agit d'un travail fin, méticuleux et précis, la DPT n°8893 précisant quant à elle que le travail s'effectue essentiellement avec la main droite. Enfin, le recourant estime que la CNA a violé son droit d'être entendu, puisqu'il n'a pas eu l'occasion de s'exprimer sur le recours aux données statistiques disponibles avant qu'une décision ne soit rendue. En effet, c'est dans le cadre de sa décision sur opposition, que la CNA s'y est référée pour la première fois afin de fixer le revenu d'invalidé.

b) Dans sa réponse du 7 mai 2010, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle a constaté qu'aucun des avis médicaux exprimés ne posait le diagnostic précis d'algodystrophie invalidante, même si un certain enraidissement du membre supérieur droit avait pu être constaté. Pour fixer l'exigibilité professionnelle, il a été tenu compte de l'élément précité dans le cadre des limitations fonctionnelles. S'agissant de la question du revenu d'invalidé, l'intimée a relevé que les fiches DPT donnaient un gain d'invalidé inférieur, élément qui était à l'avantage du recourant, qui n'avait d'ailleurs avancé aucun argument pour critiquer les chiffres retenus.

c) Dans sa réplique du 10 août 2010, le recourant a ajouté que l'algodystrophie dont il souffre est documentée et objectivée, la CNA constatant d'ailleurs dans le cadre de sa réponse "un certain enraidissement du membre supérieur droit". Confirmant les conclusions

prises dans le cadre de son recours, il requiert dès lors la mise en œuvre d'une expertise complémentaire s'agissant des répercussions de l'algodystrophie sur sa capacité résiduelle de travail.

d) Dans sa duplique du 6 septembre 2010, l'intimée s'est référée à sa réponse du 7 mai 2010, le recourant n'apportant pas d'éléments nouveaux.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Sur le plan formel, le recourant fait grief à l'intimée d'avoir violé son droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), laquelle s'est référée pour la première fois aux salaires statistiques dans le cadre de sa décision sur opposition.

L'art. 29 al. 2 Cst. garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues. La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368, consid. 3.1 p. 370 et les références). Le droit d'être entendu doit également être reconnu et respecté lorsqu'une autorité envisage de fonder sa décision sur une norme ou un motif juridique non évoqué dans la procédure antérieure et dont aucune des parties en présence ne s'est prévaluée et ne pouvait supputer la pertinence in casu (ATF 128 V 272 consid. 5b/bb p. 278 et les références).

A supposer qu'il y ait eu violation du droit d'être entendu, point qui peut ici demeurer indécis, celle-ci ne saurait être d'une gravité particulière et elle doit être considérée comme réparée, étant donné la possibilité de la partie lésée de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa p. 437 s., 126 I 68 consid. 2 p. 72, 126 V 130 consid. 2b p. 132 et les références). En tout état de cause, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé (ce qui est le cas en l'espèce), la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant des DPT est un procédé admis par la jurisprudence au même titre que le recours aux statistiques économiques (sur ces exigences voir ATF 129 V 472). Sous couvert d'une violation du droit d'être entendu, le recourant reproche en réalité à l'intimée d'avoir apprécié certains faits de manière erronée. Il s'agit-là d'un grief qu'il convient d'examiner avec le fond du litige.

2. Sur le plan matériel, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance de la CNA pour la période postérieure au 30 novembre 2009, en particulier sur la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51, consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; 114 V 310, consid. 2c; 105 V 156, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee, et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations

d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170, consid. 4; TFA I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

c) Selon la jurisprudence, l'évaluation de l'invalidité ne peut reposer valablement sur les seules conclusions contenues dans un rapport d'experts en matière professionnelle commis par l'administration de l'assurance-invalidité (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 5.2; TFA U 38/03 du 8 mars 2004, consid. 4.1; U 240/99 du 7 août 2001, consid. 3c/aa, in RAMA 2001 n° U 439 p. 347 et in SVR 2002 UV n° 15 p. 49 s.). En effet, si les informations recueillies au cours d'un stage d'observation professionnelle constituent, en complément des données médicales, un élément utile à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail d'un assuré, elles ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TFA U 373/05 du 22 septembre 2006, consid. 4.2).

Par ailleurs, l'assurance-accidents, l'assurance militaire ou l'assurance-invalidité n'ont pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé, tels que le manque de formation professionnelle, des difficultés d'ordre linguistique ou l'âge (facteurs étrangers à l'invalidité; cf. ATF 107 V 17, consid. 2c; TF I 1082/06 du 24 septembre 2007, consid.

2.1; TFA I 293/05 du 17 juillet 2006, consid. 2.1; U 388/01 du 2 décembre 2002, consid. 2.2; I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1, et les références, in Pratique VSI 1999 p. 247, consid. 1).

3. a) En l'espèce, les différents rapports médicaux versés au dossier concordent dans leurs diagnostics et dans la description du status, soit que le recourant présente un syndrome épaule-main du membre supérieur droit consécutif à une réparation de la coiffe des rotateurs, sans signes en faveur d'un syndrome du tunnel carpien, d'une atteinte sensitivo-motrice ou d'une altération des réflexes (rapport du 5 novembre 2008 du Dr N._____/D.83). Dans leurs rapports successifs (D.33/57), les experts de la Clinique J._____, ont considéré qu'en raison de cette affection, l'intéressé ne peut plus travailler dans sa profession actuelle de chauffeur et manœuvre de chantier, mais que sa capacité était complète dans une activité adaptée respectant les limitations pour le travail en hauteur, au-dessus de l'horizontale et le port de charges répétitif en hauteur ou en porte-à-faux. Le Dr M._____ a confirmé que l'intéressé présentait une pleine capacité de travail dans une activité légère, de type industriel, exercée à hauteur de table ou d'établi, et ne réclamant pas de dextérité particulière (D.73/105). Il y a lieu de conclure, sur la base des documents figurant au dossier, que le recourant n'est plus en état d'exercer sa profession de chauffeur et manœuvre sur chantiers. En revanche, il présente une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée moyennant les limitations indiquées par le médecin d'arrondissement de la CNA.

b) Le recourant fait cependant valoir qu'en raison de son algodystrophie, laquelle lui bloque parfois le poignet droit et lui fait enfler la main, il ne peut pas travailler dans une activité légère de type industriel et ne réclamant pas de dextérité particulière, et que même s'il exerçait une activité particulièrement légère, il ne pourrait pas le faire à plein rendement. En raison de ces divergences, il demande la mise en œuvre d'une expertise complémentaire en vue de déterminer sa capacité de travail résiduelle.

Il ressort des rapports des 8 juillet 2008 (D.73) et 6 octobre 2009 (D.105) que les plaintes de l'assuré étaient connues du Dr M. _____ qui a pu rédiger ses rapports en toute connaissance de cause. Le médecin d'arrondissement de la CNA n'a pas retenu le diagnostic d'algodystrophie. Sur le plan objectif, il a indiqué que le poignet droit était douloureux à la mobilisation, mais de manière variable et que la mobilité active, qui était un peu fluctuante, était légèrement limitée. La main droite paraissait plus pleine que la gauche, mais ne présentait pas de franche tuméfaction. Le pouce et les doigts longs avaient une mobilité complète. La force de serrage à droite n'était que modérément réduite. Il a confirmé une capacité de travail entière de l'assuré dans une activité adaptée, mettant en évidence une certaine discordance entre l'importance des plaintes et l'incapacité de travail revendiquée par l'intéressé et les constatations objectives de l'examen clinique qui allaient plutôt dans le sens de séquelles relativement modérées de l'accident.

c) Il convient dès lors de retenir que l'appréciation de l'atteinte à la santé sur le plan médical a été clairement définie par le Dr M. _____, dont le rapport final (D.105) remplit à l'évidence les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante. Il tient en particulier compte des rapports de synthèse de la Clinique J. _____ (D.33/57) relatifs tant aux limitations fonctionnelles du recourant qu'à l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par de nouvelles mesures thérapeutiques, ainsi qu'à l'ensemble des examens d'imagerie et cliniques effectués par les praticiens consultés par l'assuré.

4. Le recourant remet enfin en cause la méthode d'évaluation de l'invalidité, dans la mesure où il estime ne pas être en mesure d'exercer une, voire deux des cinq DPT sur lesquelles s'est fondée la CNA pour déterminer son taux d'incapacité de gain, le Dr M. _____ ayant précisé que l'activité exigible ne devait pas réclamer de dextérité fine.

La CNA a comparé le revenu sans invalidité de 68'861 fr. - non contesté - à un revenu d'invalidé de l'ordre de 51'700 fr., montant correspondant à la moyenne des salaires ressortant de cinq DPT n'exigeant que des travaux légers dans différents secteurs de l'industrie à hauteur de table ou d'établi (D.112). Dans le cadre du choix et de la représentativité des DPT, la CNA a omis de retenir que l'activité proposée ne devait pas réclamer de dextérité fine, critère qui n'est manifestement pas rempli pour la fiche DPT n°5828, élément implicitement admis par la CNA dans sa décision sur opposition.

La méthode appliquée ne remplissant dès lors pas les conditions imposées par la jurisprudence (ATF 129 V 478ss consid. 4.2.2), il convient de se référer aux données statistiques telles qu'elles résultent de l'ESS. Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 4'806 fr. par mois en 2008. Ce salaire hypothétique tient compte d'un large éventail d'activités légères existant sur le marché du travail, qui ne nécessitent pas de formation particulière, dont un nombre suffisant intègre le handicap et les limitations fonctionnelles du recourant, et représente, compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 et 2009 (41,6 heures) et vu l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+2.2 %), un revenu d'invalidé de 61'298 fr. 42 par année. On n'aboutit ainsi pas à un résultat plus favorable à l'assuré en établissant le revenu d'invalidé sur la base des statistiques salariales tirées de l'ESS. En effet, le montant du revenu d'invalidé de 61'298 fr. 42, est largement supérieur au revenu d'invalidé obtenu sur la base des DPT, soit 51'700 fr. Il y a lieu en outre de relever que la différence entre le salaire annuel brut statistique, soit 61'298 fr. 42 et le revenu d'invalidé de 51'700 fr. équivaut à un taux de 16 % environ, lequel tient compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap et à l'âge de l'assuré). La fixation à 25 % du taux d'invalidité par la CNA n'apparaît par conséquent ni contraire au droit, ni inappropriée.

5. Au vu de ce qui précède, la CNA était fondée, par sa décision sur opposition du 2 mars 2010, à allouer une rente d'invalidité calculée sur la base d'un taux d'incapacité de gain de 25 %. Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il y ait lieu de procéder aux mesures d'instruction complémentaires requises par le recourant.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. L'intimée, obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel mais agissant comme autorité chargée de tâches de droit public, ne peut se voir allouer des dépens à la charge du recourant.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 2 mars 2010 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Eric Kaltenrieder (pour le recourant), avocat à Yverdon-les-Bains,
- Me Olivier Derivaz (pour l'intimée), avocat à Monthey,
- Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne,

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 :