

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 octobre 2017

Composition : Mme THALMANN, président
M.M. Berthoud et Reinberg, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourant, représenté par Me Joëlle Vuadens, avocate à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.

Art. 4, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 6 al. 1 et 18 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant kurde d'origine syrienne, né en [...], travaillait depuis le 13 mai 2013 en tant manoeuvre-étancheur par le biais de l'agence en placement de personnel P._____ à [...]. Il était assuré à titre obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Selon un contrat de mission du 21 octobre 2013, pour un horaire de travail de 39h. au minimum et 45h. au maximum par semaine, le salaire horaire brut (indemnité vacances et 13^{ème} salaire compris) de l'assuré s'élevait à 31 fr. 21 dès cette date. A teneur de bulletins de salaire joints, les revenus bruts réalisés par l'assuré étaient les suivants : 4'422 fr. 75 (septembre 2013), 6'996 fr. (octobre 2013) et 4'443 fr. 80 (novembre 2013).

Selon la déclaration de sinistre complétée par l'employeur le 5 décembre 2013, il a été victime d'un accident professionnel, le 2 décembre 2013 à 07h.15. En reculant avec un transpalette, un de ses collègues lui a touché le pied droit causant une fracture de ce membre. Selon un certificat médical du 2 décembre 2013 du Dr N._____, médecin à l'Hôpital de [...], ayant prodigué les premiers soins, l'incapacité de travail était totale dès le 2 décembre 2013 pour une durée de six semaines.

Par lettre du 11 décembre 2013, la CNA a informé l'agence de placement P._____ et l'assuré qu'elle verserait dès le 5 décembre 2013 des indemnités journalières d'un montant de 136 fr. 30, les frais médicaux étant acquittés auprès des fournisseurs de soins.

Dans un certificat médical LAA du 27 janvier 2014, le Dr N._____ a posé le diagnostic de fracture naviculaire du pied droit. L'assuré étant toujours en incapacité de travail à 100% dès le 2 décembre

2013, le traitement consistait en le port d'une attelle postérieure mobile (trois semaines en décharge puis les trois suivantes en charge).

Dans un rapport du 25 février 2014, le Dr R._____, médecin-assistant aux [...] ([...]), a également retenu le diagnostic de fracture naviculaire droite. Il indiquait une évolution lentement favorable après dix-huit semaines d'immobilisation. La suite du traitement consistait en de la physiothérapie, la reprise du travail pouvant avoir lieu suivant l'évolution.

Le 18 mars 2014, l'agence P._____ a informé l'assuré que sa mission se terminait le 20 avril 2014 et que son cas était pris en charge directement par la CNA dès le 21 avril 2014.

Selon un procès-verbal d'entretien téléphonique du 10 avril 2014, l'assuré a indiqué à la CNA qu'il marchait toujours avec deux cannes sans pouvoir charger son pied. La physiothérapie était prévue mais plus tard. Il prenait uniquement des médicaments. Le prochain contrôle était prévu le 20 avril 2014 aux [...] d'[...].

A teneur d'un certificat du 17 avril 2014, le Dr G._____, médecin-assistant aux [...], attestait une probable reprise du travail à 100% le 17 mai 2014, la situation devant être réévaluée à cette date.

Dans un rapport d'imagerie de contrôle du pied droit (face/oblique/profil) du 17 avril 2014, le Dr F._____, radiologue, aux [...] d'[...], a fait les constatations suivantes :

"Description

Par rapport aux comparatifs du 23.01.2014, pas de déplacement secondaire des fragments osseux en présence d'une fracture de la partie médiale de l'os naviculaire qui est [en] cours de consolidation."

Dans un rapport intermédiaire du 2 juin 2014, la Dresse B._____, médecin-assistant aux [...], a posé le diagnostic de fracture de l'os naviculaire du pied droit. Ce médecin décrivait une tuméfaction et des

douleurs persistantes lors de marches, limitant le périmètre de l'assuré à une dizaine de minutes. Le pronostic était qualifié de bon, avec la poursuite de la physiothérapie. Le prochain contrôle pour réévaluation était prévu le 17 juin 2014. Dans un certificat joint, la Dresse B. _____ attestait une incapacité de travail à réévaluer.

Il ressort notamment ce qui suit d'un rapport d'entretien du 19 juin 2014 effectué par l'inspecteur J. _____ de la CNA au domicile de l'assuré :

"[...] Evolution :

Son pied va mieux. Il enfle moins. Il y a de la physio 2 fois par semaine au Centre Thermal et, depuis 3 ou 4 semaines, il peut marcher avec une seule canne. Il tient 10mn, pas plus mais s'astreint à le faire tous les jours. Après son pied est enflé et il doit mettre de la glace, puis de la pommade. Il n'y a plus de médicament.

La douleur est sous l'avant du pied et sur le bord externe. Elle est particulièrement présente s'il essaie de se mettre sur la pointe du pied. Impossible de monter normalement un escalier ni de penser utiliser une échelle.

Prochaine consultation le 19 juin 2014 à l'HZ [...].

Pour la suite, M. U. _____ est à disposition. Il veut bien aller à la CRR [Clinique Romande de Réadaptation de la CNA à [...]] si les médecins pensent que c'est utile.

AI :

Le sujet n'a pas été abordé. M. U. _____ n'est pas prêt à assumer une annonce."

Dans un certificat non daté, mais reçu le 24 juin 2014 par la CNA, la Dresse B. _____ attestait toujours une incapacité de travail de l'assuré. Elle mentionnait également une reprise du travail à 100% le 18 juillet 2014, la situation devant être réévaluée à cette date.

Le 26 juin 2014, la CNA a reçu une nouvelle ordonnance pour la poursuite (neuf nouvelles séances) du traitement de physiothérapie au pied droit de l'assuré dès le 1^{er} juillet 2014.

Le 28 juillet 2014, la CNA a reçu de nouveaux documents relatifs à la prolongation des séances de physiothérapie dès le mois d'août

2014. L'ordonnance mentionnait la persistance de douleurs lors du déroulement du pas ainsi qu'à la palpation.

Le 30 juillet 2014, l'assuré a transmis un nouveau certificat attestant une incapacité de travail avec une reprise de travail prévue à plein temps pour le 17 septembre 2014 après réévaluation.

Le 5 août 2014, la CNA s'est vu remettre divers rapports relatifs à des radiographies du pied droit de l'assuré, dont en particulier les suivants :

- un rapport d'imagerie du 2 décembre 2013 de la cheville droite (face/profil) et du pied droit (face/obliques) dont il résulte l'existence d'une fracture non déplacée, articulaire de l'os naviculaire droit avec également la discussion d'une fracture parcellaire de la base du 1^{er} métatarse sans déplacement ;

- un rapport de radiographie de contrôle du 24 janvier 2014 ;

- une radiographie du pied droit (face/profil en charge) du 18 juillet 2014. Dans son rapport du même jour, la Dresse A._____, radiologue aux [...], a fait les constatations suivantes à sept mois et demi post-fracture :

"Description

Pas d'affaissement de la voûte plantaire avec un angle d'inclinaison de 23°, dans les limites de la norme. Légère exostose calcanéenne inférieure pouvant être source d'insertionite et enthésopathie calcanéenne postérieure.

Très léger hallux valgus.

Légère déminéralisation osseuse.

Pas d'autre pathologie ostéo-articulaire.

En cas de suspicion de fracture de fatigue, à compléter par un CT scan."

L'assuré a été examiné le 20 août 2014 par le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, qui a indiqué notamment ce qui suit dans son rapport du même jour :

“5. Appréciation

Notre assuré, manœuvre dans le domaine de l'étanchéité, kurde d'origine syrienne, est victime d'un choc au niveau du pied D le 02.12.2013 entraînant une fracture non déplacée de l'os naviculaire.

Le traitement est conservateur avec une immobilisation prolongée de plusieurs mois (? ...).

L'assuré est suivi à la Policlinique de l'Hôpital d'[...] et voit divers médecins[-]assistants à chaque rendez-vous. Un traitement de physiothérapie est en cours au Centre [...].

Subjectivement, l'assuré déclare un périmètre de marche limité à 15-20 minutes. S'il marche davantage, son pied D a tendance à présenter un œdème et est source de davantage de douleurs. Le patient marche avec une canne dans la main G à l'extérieur. Un traitement de Calcitonine (?) a été administré pendant 4 semaines en juin-juillet 2014, sans réel bénéfice.

Objectivement, la marche s'effectue avec une importante boiterie d'épargne du MID [membre inférieur droit], sur le bord externe du pied D. Le pied D ne présente pas de tuméfaction significative. Il n'y a pas de signe de Sudeck évident. L'articulation sous-talienne du pied D est parfaitement souple, il n'est pas possible de mobiliser le médio-tarse D de notre assuré, lequel retire son pied à toute tentative de palpation/mobilisation du pied D.

L'assuré est annoncé à la CRR, à la secrétaire médicale et sera convoqué dans un délai d'environ 4 semaines.

Le séjour vise à une rééducation à la marche, au sevrage des cannes et à une adaptation du chaussage.

A la réception du rapport de sortie, il conviendra de refaire le point.

Une reprise de travail dans l'ancienne activité ne paraît, à ce stade, pas compromise.”

Le 20 novembre 2014, en lien avec une nouvelle demande de prise en charge de séances de physiothérapie, la CNA a répondu aux médecins des [...] que compte tenu des recommandations de ses services médicaux, de l'atteinte et la nature des troubles, sa prise en charge se limitait à quatre séries au lieu de neuf comme demandé.

Dans un certificat du 21 novembre 2014, la Dresse E. _____, médecin-assistante aux [...], attestait une incapacité de travail du 21 novembre au 2 décembre 2014 à réévaluer.

Dans leur rapport du 27 novembre 2014 consécutif à un séjour de l'assuré à la CRR du 24 septembre au 29 octobre 2014, les Drs S._____, chef de clinique adjoint et spécialiste en médecine physique et réadaptation, et Z._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

“DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour limitations fonctionnelles et douleurs chroniques du pied droit.

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Probable syndrome douloureux régional complexe du pied droit (SDRC) de type I, au décours.
- Arthrose du Lisfranc droit.
- Accident au travail le 02.12.2013 avec :
 - fracture non déplacée de l'os naviculaire et fracture non déplacée de la base du 1^{er} métatarsien à droite, traitées conservativement.
- Otite externe droite traitée dès le 24.10.2014.

CO-MORBIDITÉS

- Obésité (BMI à 32.6 kg/m²).

ANTÉCÉDENTS

- Nihil.

ALLERGIES

- Nihil.”

Ces spécialistes se sont exprimés comme il suit sur l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré :

“APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont principalement des douleurs au dos du pied droit, de type étirements, d'intensité estimée de 5 à 10/10 sur l'EVA, augmentées par la marche à plat ou dans les escaliers et les changements de météo. Les douleurs sont accompagnées de fourmillements. Il estime son périmètre de marche limité à 15-30 minutes au maximum sans canne anglaise, et rapporte un gonflement du dos du pied et en infra-malléolaire interne et externe, avec changement de couleur vers le rouge et sensation de chaleur au pied.

L'examen clinique est décrit ci-dessus. A la fin de l'examen, le pied droit se présentait légèrement tuméfié, globalement et discrètement érythémateux, sans gradient thermique.

Examens radiologiques :

Rx pied et cheville droite du 02.12.2013: fracture non déplacée de l'os naviculaire.

Rx du pied droit du 17.04.2014 : on ne distingue plus de trait de fracture.

Rx pieds et chevilles en charge du 29.09.2014: déminéralisation diffuse du pied droit. Pas de trait de fracture visible.

Scintigraphie osseuse du 29.09.2014 : hypocaptation en phase vasculaire et précoce et hypercaptation en phase tardive en regard des métatarso-phalangiennes et de la talo-naviculaire. Aspect compatible avec une algodystrophie du pied et de la cheville droits au décours.

CT pied droit du 30.09.2014 : consolidation acquise de l'os naviculaire. Arthrose modérée du Lisfranc du 1er au 3ème rayons.

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan orthopédique : sur la base de la clinique et de l'aspect scintigraphique, il est probable que M. U. _____ ait présenté une réaction de type algodystrophique au pied. Cliniquement, la réaction paraît plutôt au décours. Le bilan radiologique montre en plus une arthrose débutante du Lisfranc droit (CT-scan du 30.09.2014).

Le 23.10.2014, le patient se plaint d'otalgie droite pour laquelle un traitement de Ciproxine locale et en comprimé a été prescrit pour 7 jours sur la base de la clinique et d'un frottis.

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste de diagnostics).

Des facteurs contextuels telles que l'absence de contrat de travail, la mauvaise connaissance du français, jouent un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influencent défavorablement le retour au travail.

Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charge ci-dessous (Cf. rapports annexés) :

x physiothérapie
x atelier pied et chaussure

Des traitements de Co-Dafalgan et de Zaldiar ont été essayés mais n'ont pas amené d'amélioration significative selon le patient. En fin de séjour du Tramadol retard 50 mg 2x/jour est prescrit. Le patient s'est toutefois plaint de constipation qui a été traitée symptomatiquement.

Durant son séjour, le patient a été présenté à la consultation de podologie. On retrouve des douleurs assez diffuses du pied, une démarche pathologique sur le rebord externe, un appui préférentiel sur le talon, aucun déroulement du pied. Il est proposé au patient

des baskets pour stabilisation avec une bonne barre de déroulement. Il a été expliqué au patient la nécessité de corriger cette marche qui est en bonne partie responsable des symptômes également.

Au terme du séjour, subjectivement, il n'y a pas d'amélioration selon le patient. Objectivement, il y a une amélioration de la qualité de la marche qui peut se faire sans canne (320 m au test de marche de 6 minutes vs 120 m à l'entrée), sans autre gain objectivé (cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne, chez un patient centré sur les douleurs.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : activités nécessitant le maintien d'une position debout prolongée; activités nécessitant la marche en terrains irréguliers.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles.

La poursuite d'un traitement pourrait permettre d'améliorer l'endurance et d'accompagner le patient à un sevrage définitif de la canne.

Une stabilisation médicale est attendue début 2015.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de manoeuvre-étancheur est défavorable au vu des facteurs non médicaux, chez un patient ne maîtrisant pas le français, au contrat de travail temporaire, focalisé sur les douleurs.

Annonce AI pendant le séjour :

oui

x non (déjà faite / pas nécessaire).

Un nouveau séjour à la CRR est proposé :

x non

oui.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE
MANOEUVRE DANS LE BATIMENT

- 100% du 24.09.2014 au 19.11.2014.

TRAITEMENT A LA SORTIE

- Ciprofloxacine 500 mg Sandoz ECO CPR PELL [générique de Ciproxine, remplace CIP E 1 - 0 - 1 - 0 cpr, * per os jusqu'au 30.10.2014 inclus
- Ciproxine HC GTT Auric flacon 2 - 0 - 2 - 0 goutte, auriculaire ddc, jusqu'au 30.10.2014 inclus
- Fortalis baume ong tb 50 g, 1 - 0 - 1 - 0 application, topique pieds et cheville droite
- Tramal retard 50 MG CPR RET, 1 - 0 - 1 - 0 cpr, * per os

- Elixir frangulae/Lactulose (EFL) [équivalent liste de PED, remplace ELIXIR FRA par 24h : 15 ml, * per os 10 à 15 ml au coucher si constipation max 1*/j.

CONSULTATIONS OU EXAMENS PRÉVUS À LA SORTIE

- Policlinique orthopédique des [...] à [...] le 19.11.2014.”

Dans un certificat du 2 décembre 2014, le Dr H._____, chef de clinique adjoint aux [...], attestait une prolongation de l'incapacité de travail à 100% d'une durée probable de trois mois, à réévaluer le 3 mars 2015. Ce médecin a également transmis une ordonnance relative à la fabrication d'une paire de chaussures orthopédiques adaptée à la pathologie de l'assuré à son pied droit.

Dans son rapport d'examen du 11 février 2015, le Dr X._____, médecin d'arrondissement remplaçant de la CNA, s'est exprimé en ces termes sur le cas de l'assuré :

“5. Appréciation

Notre assuré, manœuvre, syrien, travaillant dans le domaine de l'étanchéité, est victime d'un traumatisme du pied D le 02.12.2013 se soldant par une fracture non déplacée du scaphoïde tarsien D.

Le traitement est, à juste titre, conservateur avec immobilisation plâtrée.

L'assuré est vu à l'agence le 20.08.2014. Il rapporte des douleurs à la face interne du pied D avec un périmètre de marche limité à 15-20 minutes. On ne relève pas de signe de Sudeck actif. L'assuré est adressé à la CRR où il séjourne du 24.09 au 29.10.2014. Une scintigraphie osseuse mentionne des éléments compatibles avec une algodystrophie au décours. Les bilans radiologiques confirment la consolidation de la fracture et un CT-scan montre une arthrose débutante du Lisfranc D. L'assuré est équipé de baskets avec barre de déroulement mais, au terme du séjour, on ne rapporte pas d'amélioration significative bien que l'assuré ait pu être sevré de la canne pour la marche. Des limitations fonctionnelles provisoires sont retenues et on s'attend à une stabilisation médicale pour début 2015.

Subjectivement, l'assuré garde des douleurs au niveau de son pied D. Son périmètre de marche est d'environ 30 minutes. Son pied aurait tendance à présenter un œdème. Le patient est équipé de nouvelles chaussures prescrites par la Policlinique de l'Hôpital d'[...] depuis octobre. Depuis le port des chaussures, des gonalgies bilatérales seraient apparues. L'assuré porte un bas de contention au niveau de son MID [membre inférieur droit].

Objectivement, le pied D est calme et ne présente pas de signe de Sudeck. Les articulations sous-taliennes et du médio-tarse sont souples. Le patient marche sur le bord externe du pied D, sans déroulement du pas. Le sautellement unipodal est refusé. La circonférence des mollets et des cuisses du MID ne montre pas de différence par rapport au côté G.

On doit admettre que la situation est stabilisée.

On confirme les limitations fonctionnelles émises à la CRR que sont : les activités nécessitant une position debout prolongée, la marche en terrain irrégulier ainsi que les travaux accroupis.

Dans une activité respectant ces limitations, M. U. _____ peut faire valoir une pleine capacité de travail.

Les suites de l'accident du 02.12.2013 donnent droit à une IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité].

En effet, le CT-scan du pied D du 30.09.2014 montre des troubles dégénératifs au niveau de l'articulation du Lisfranc et en particulier au niveau de l'articulation talo-naviculaire D. Selon la table 5 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (chiffre 2870/5.f-2000), une arthrose du Lisfranc de degré moyen donne droit à une IPAI de 5 à 10 %. Dans le cas de notre assuré, le pied D et le médio-tarse demeurent souples, ce qui justifie une IPAI de 5 %.

Reste à la charge de la Suva, le suivi médical à l'Hôpital d'[...] pour au maximum 4 consultations par année, ceci jusqu'à fin 2015. Des chaussures adaptées sont également à la charge de la Suva pour 2 paires annuelles."

Par courrier du 12 février 2015, la CNA a recommandé à l'assuré de s'annoncer rapidement auprès de l'assurance-invalidité, compte tenu des constatations du Dr X. _____. Dite démarche l'était dans la mesure où cette assurance sociale se chargerait notamment de la réinsertion professionnelle de l'intéressé.

Le 30 mars 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'Office AI) en faisant état de troubles à son pied droit depuis son accident du début décembre 2013.

Répondant à un questionnaire de la CNA, le 26 mars 2015, P. _____ a indiqué ce qui suit :

"Salaire présumable sans l'accident en :

- Salaire de base en 2014 et 2015 : 25 fr.14 (pas d'augmentation)
- Indemnité pour vacances, jours fériés en 2014 et 2015 : 10.64% (vacs) et 3.59% (2014) / 3.17% (2015)
- Gratification (13^{ème} salaire ou pourcentage) en 2014 et 2015 : 8.33%
- Horaire de travail hebdomadaire : 42.50h."

L'ex-employeur a également produit un décompte annuel / résumé des salaires versés à l'assuré sur la période du 8 janvier 2013 au 20 avril 2014. Il ne figurait en particulier aucun montant pour les mois de février, mars et avril 2013.

Le 8 avril 2014, P._____ a encore communiqué à la CNA que s'agissant des fiches de salaire manquantes, soit celles de décembre 2012 à avril 2013 (à l'exception du mois de mars 2013 chôme), l'assuré était employé par l'entreprise Q._____. La fiche de décembre 2012 a été transmise le 14 avril 2015 à la CNA, alors qu'après vérification, il s'est avéré que l'assuré s'était trouvé au chômage technique durant les mois de février, mars et avril 2013.

Par courrier du 11 juin 2015, la CNA a informé l'assuré que selon l'examen médical du 11 février 2015, la poursuite du traitement n'était pas susceptible d'amener une amélioration significative de son état de santé consécutif à l'accident. Elle mettait ainsi fin, avec effet au 31 juillet 2015, à ses prestations (prise en charge des soins médicaux et versement des indemnités journalières). Elle continuait toutefois à prendre en charge les consultations médicales jusqu'à la fin 2015 ainsi que les chaussures orthopédiques nécessaires sur le long terme. La CNA allait examiner par ailleurs, le droit de l'assuré à d'autres prestations.

Le 9 juin 2015, le Dr H._____ attestait une nouvelle prolongation de l'incapacité de travail à 100% de l'assuré jusqu'au 9 septembre 2015, à réévaluer.

Par courrier du 22 juillet 2015, l'assuré a demandé à la CNA de reconsidérer sa décision de mettre fin au paiement des soins médicaux et

de l'indemnité journalière. Il a notamment sollicité un entretien et un examen par le médecin d'arrondissement. L'assuré a produit en ce sens les nouveaux documents suivants :

- un rapport complété le 24 juin 2015 à l'intention de l'OAI par son médecin traitant, le Dr H._____. Il est retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de fracture non déplacée de l'os naviculaire associée à une fracture de la base du 1^{er} métatarsien droit traitées conservativement avec SDRC dans les suites. Les constats font part d'une tuméfaction modérée couvrant le pied droit avec douleur à la palpation du Chopart et à la sollicitation de ce dernier avec sinus du tarse très sensible. Le varus calcanéen était très marqué et la déambulation s'effectuait sur la colonne externe du pied avec une boiterie d'esquive. Le traitement médicamenteux consistait en la prise de Tilur® 90 mg retard (1x/jour) et de Pantozol®40 mg (1x/jour). Le Dr H._____ estimait que l'incapacité de travail était totale depuis l'accident dans la profession habituelle d'ouvrier-étancheur compte tenu d'impossibilités à la marche en terrain irrégulier et/ou sur une longue distance, et de l'exclusion du port de charges. En lien avec les mesures de réadaptation professionnelles possibles, ce médecin observait que l'introduction d'un chaussage orthopédique de série avec modification (lit plantaire incorporé et barre de déroulement) n'avait pas apporté de franche amélioration de la déambulation. Il listait par ailleurs les limitations fonctionnelles suivantes, valables dès le 9 juin 2015, dans le cadre d'une activité adaptée au handicap de l'assuré : pas d'activités uniquement en position debout, exercées principalement en marchant (terrain irrégulier), en position accroupie et pas de montée sur une échelle / un échafaudage. Le chaussage orthopédique était indiqué en outre comme moyen auxiliaire ;

- une prise de rendez-vous pour le 8 septembre 2015 auprès du Dr H._____.

Dans un courrier du 24 juillet 2015 adressé au médecin d'arrondissement de la CNA, la Dresse K._____, médecin-chef du Centre [...] d'[...], a écrit ce qui suit :

“[...] Les lésions fracturaires du pied sont consolidées, sans aucun phénomène algodystrophique évolutif.

Nous sommes tous d'accord avec ce diagnostic et cet état de fait que ce soit Monsieur le Dr H. _____, moi-même et je pense votre médecin-conseil.

Néanmoins le patient se présente pour la 1^{ère} fois à notre consultation au Centre [...] le 23.07.15, demandeur de poursuite de soins et de compréhension par rapport à la décision qui lui est parvenue dans un courrier du 11 juin 2015 :

« Nous mettons fin aux paiements des soins médicaux [et] de l'Indemnité journalière avec effet au 31.07.15. Nous continuerons cependant à prendre en charge les consultations médicales jusqu'à fin 2015 ainsi que les chaussures orthopédiques nécessaires sur le long terme ».

En tout état de cause les conséquences de cet accident sont encore visibles

sous forme de séquelles :

-Œdème global de la cheville et du pied : mesure bi-malléolaire à +2 cm à droite par rapport au côté gauche, à savoir 33,5 et 31,5.

-Très légère diminution des amplitudes en flexion et extension de l'articulation

tibio-talienne :

45° 0 15° à gauche.

30° 0 10° à droite.

Les douleurs apparaissent à la pression de l'articulation de Chopart et de Lisfranc sur un pied relativement creux avec une attitude légèrement vicieuse en varus. Le port des orthèses plantaires a sans doute amélioré la situation avec un très bon recueil de voûte. Il peut de plus les porter dans des sandales appropriées en cette période de fortes chaleurs et très certainement dans des chaussures fermées adaptées.

Néanmoins le port des orthèses comme on le sait voire même des séquelles de boiterie ont pu modifier la statique sus-jacente, raison pour laquelle il y a parfois un réveil douloureux au niveau des genoux mais sans atteinte de l'intégrité ostéo-articulaire vraisemblablement.

Le genou droit est sec, la mobilité est correcte ddc [des deux côtés] avec une très légère tendance au flessum contre laquelle il faut lutter. C'est la palpation de la patte d'oie qui est un peu douloureuse.

Dans ces conditions et c'était le souhait du patient, il m'apparaîtrait tout à fait logique de proposer une poursuite de soins physiothérapeutiques à sec et en piscine avec un travail proprioceptif qui permettra d'encadrer :

-La réhabilitation du quotidien en tant que père de famille notamment.

-La réhabilitation progressive à un poste de travail adapté tel que cela a été stipulé avec les restrictions fonctionnelles suite à l'expertise du 11.02.15.

J'ai déjà contacté les conseillers AI dont Monsieur [...] qui s'occupe de son dossier.
Le dossier est en cours mais il n'est pas possible d'accélérer la procédure.

Son activité lorsqu'il a subi l'accident n'est plus adaptée à son cas : manœuvre-étancheur.

Il doit rechercher un autre emploi.

L'AI va l'aider en cela, peut-être également le chômage mais je ne sais pas exactement qui va s'occuper de toutes ces démarches dans les quelques jours qui suivent cette décision de mettre fin aux indemnités journalières par la SUVA au 31.07.15.

En pratique je vous pose essentiellement une question :

-Est-il possible d'accorder au patient des soins de physiothérapie à sec et en piscine en moyenne 2x/semaine par exemple au Centre [...] jusqu'au 31 décembre 2015 avec réévaluation par la suite ? Prise en charge SUVA ?

Son conseiller AI voire même les services sociaux, le chômage pourront sans doute le guider pour les autres démarches afin d'effectuer une réinsertion professionnelle progressive. [...]"

Le 29 juillet 2015, le médecin d'arrondissement de la CNA a donné son accord pour la prise en charge des frais de traitement précités jusqu'à la fin 2015.

Cinq descriptions de postes de travail (DPT), ont été versées au dossier de l'assuré. Il s'agissait d'une fonction de collaborateur de production (DPT no 7077) dans une entreprise s'occupant du montage de circuits imprimés et de modules électroniques (salaire moyen de 54'900 fr. ; rarement port de charge très légère jusqu'à 5 kg ; position assise de 5h1/2 env. à 8h ; rarement marche jusqu'à 50 m.), d'aide-mécanicien (DPT no 3305) dans une entreprise active dans la fabrication d'appareils de mesure de précision (salaire moyen de 55'250 fr. ; rarement port de charge très légère jusqu'à 5 kg ; position assise de 5h1/2 env. à 8h), de collaborateur de production (DPT no 8464) dans le montage de buses, du sertissage avec de petites presses, du gravage à l'aide d'une machine laser et de l'emballage (salaire moyen de 55'250 fr. ; parfois port de charge très légère jusqu'à 5 kg ; position assise de 5h1/2 env. à 8h ; rarement marche jusqu'à 50 m. et monter des marches), de polisseur (DPT no 796619) dans une entreprise active dans la fabrication de produits pour appareils de mesure, optique et génie médical (salaire moyen de 55'935 fr. ; très souvent port de charge très légère jusqu'à 5 kg ; position assise

de 3 à 5h1/4 env. et debout jusqu'à 1/2h), ainsi que d'angleur (DPT no 10489) dans une entreprise active dans l'horlogerie (salaire moyen de 57'951 fr. ; parfois port de charge très légère jusqu'à 5 kg et légère de 5 à 10 kg ; position assise de 5h1/2 env. à 8h ; souvent marche jusqu'à 50 m.).

Selon une fiche établie le 4 août 2015 par sa division prestations d'assurance, la CNA a fixé le gain de valide réalisable par l'assuré, selon le calcul suivant :

"CHF 25.14 x 2132 heures + 8.33% = CHF 58'063.-"

Par décision du 5 août 2015, la CNA a considéré que l'assuré était en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée des domaines de l'industrie - en évitant une position debout prolongée, la marche en terrain irrégulier ainsi que les travaux accroupis -, soit pour un revenu de 4'655 fr. par mois. Après comparaison (au sens de l'art. 16 LPGA [loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1]) avec le gain mensuel réalisable sans l'accident (à savoir 4'839 fr., part au 13^{ème} salaire comprise), la perte de gain de l'assuré s'élevait à 3.8%, soit un taux insuffisant pour lui ouvrir le droit à la rente d'invalidité LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; RS 832.20). Compte tenu de l'appréciation du Dr X. _____ et en application des art. 24 et 25 LAA, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 6'300 fr. sur la base d'une atteinte à l'intégrité de 5% et d'un gain annuel de 126'000 francs. L'assuré était rendu attentif par ailleurs que si l'état de santé exigeait la reprise du traitement, il avait la possibilité de l'annoncer pour examen de son droit aux prestations d'assurance.

Par communication du 4 août 2015, l'OAI a accordé une mesure d'intervention précoce sous la forme de cours de français « Débutant », du 10 août au 30 novembre 2015, auprès d'[...] SA à [...].

Le 12 août 2015, la CNA s'est adressée en ces termes à l'assuré :

“Monsieur,

Pour faire suite au courrier du 24.7.15 de la Dresse K. _____, nous vous confirmons que nous acceptons la prise en charge de 2 séances de physiothérapie par semaine jusqu'à la fin de l'année 2015.

De plus, nous vous rappelons que, comme indiqué dans notre courrier du 11.6.15, nous prendrons en charge également l'ensemble des consultations médicales jusqu'à la fin de l'année 2015. [...]”

L'assuré a formé opposition le 20 août 2015 contre la décision du 5 août 2015 de la CNA en demandant un réexamen de son cas, moyennant un entretien personnel le 25 août suivant en présence d'un traducteur choisi par lui-même. Il contestait les constatations et les conclusions du rapport d'examen clinique du 11 février 2015 du Dr X. _____.

Selon une notice téléphonique du 27 août 2015 avec son épouse, l'assuré a finalement renoncé à l'entretien personnel sollicité compte tenu de son opposition par écrit.

Le 3 septembre 2015, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré contre sa décision du 5 août 2015. Elle a notamment considéré ce qui suit :

“2.

Dès lors qu'aucun élément au dossier ne permet d'admettre qu'il existe un traitement qui permettrait d'améliorer notablement la capacité de travail de l'assuré, c'est à bon droit que la Suva Lausanne a mis un terme au versement de l'indemnité journalière et transmis le dossier à la Division prestations d'assurance pour examen du droit à la rente d'invalidité.

[...]

5.

Puisque l'assuré n'exerce aucune activité professionnelle, il y a lieu de se référer aux conclusions médicales et de recourir à la comparaison des revenus pour déterminer le degré de l'incapacité de gain. Si nul ne conteste que la reprise de l'activité de manœuvre

n'est plus exigible au vu des séquelles de l'accident, le Dr X. _____, médecin d'arrondissement remplaçant, spécialiste FMH en chirurgie, a certifié que l'assuré peut faire valoir une pleine capacité de travail dans une activité ne nécessitant pas une position debout prolongée, la marche en terrain irrégulier et les travaux accroupis.

6.

Dès lors qu'il n'existe et que l'assuré n'apporte aucun élément permettant de douter de l'exigibilité fixée par le médecin d'arrondissement, il y a lieu de faire fond sur celle-ci. L'exigibilité a été fixée en pleine connaissance de cause, le Dr X. _____ ayant décrit les troubles et les limitations déclarées par l'assuré ainsi que l'état objectif.

7.

Le revenu d'invalidé a été déterminé, en l'espèce, sur la base des données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT). [...]

8.

Le gain d'invalidé fixé dans la décision querellée ne prête pas le flanc à la critique dès lors que les DPT choisies sont adaptées au handicap de l'assuré et ont été versées au dossier en conformité avec la jurisprudence.

La comparaison entre le revenu présumable sans invalidité de Fr. 4'839.-- et un revenu exigible d'au moins Fr. 4'655.-- laisse apparaître une perte de 3.8%. C'est donc à juste titre que la Suva a refusé tout droit à la rente d'invalidité.

9.

En vertu de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si, par suite de l'accident, il souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique. [...]

10.

Se fondant sur la table 5 des publications précitées, le médecin d'arrondissement a fixé à 5% le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (arthrose du Lisfranc de degré moyen).

11.

Là encore, en l'absence d'élément médical contraire au dossier, il y a lieu d'accorder entière valeur probante à l'estimation du médecin d'arrondissement.

12.

Sur le vu de tout ce qui précède, la décision querellée doit être confirmée et l'opposition rejetée."

B. Par acte du 1^{er} octobre 2015, U._____, dès lors représenté par Me Joëlle Vuadens, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision sur opposition en concluant avec suite de dépens à son annulation et principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité complète dès le 1^{er} août 2015, subsidiairement, qu'une expertise pluridisciplinaire est ordonnée et, plus subsidiairement, à l'octroi d'un délai supplémentaire pour compléter son mémoire. Il allègue en substance qu'il ressort du rapport établi le 24 juillet 2015 par la Dresse K._____ qu'il souffre toujours de séquelles au niveau de sa cheville et de son pied, sous la forme d'un œdème global et que la mobilité de sa cheville et de son genou est atteinte, ceux-ci le faisant fortement souffrir. Il prétend que la Dresse K._____ a relevé d'importantes limitations fonctionnelles, qui ne lui permettent pas de retrouver un travail à plein temps, même dans une activité adaptée. En outre, il soutient au vu de ces éléments et eu égard aux douleurs persistantes dont il souffre à la cheville et au genou, que c'est une invalidité de 10% au moins qui doit être retenue. Selon lui, dès lors qu'il ne bénéficie d'aucune formation le gain hypothétique retenu par l'intimée de 4'655 fr. est largement supérieur à ce qu'il est réellement susceptible de réaliser, les emplois en qualité de manœuvre assis, correspondant à ses limitations fonctionnelles étant très faiblement rémunérées, et n'excédant pas 4'000 fr. par mois. Il en conclut avoir droit à une rente d'invalidité dont le montant sera à préciser par le biais d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans sa réponse du 5 novembre 2015, la CNA a conclu au rejet du recours. Produisant son dossier, elle observe que le litige porte exclusivement sur le droit du recourant à une rente d'invalidité LAA, l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un taux de 5% n'étant pas contestée par celui-ci. Elle estime que les constatations de la Dresse K._____ dans son rapport du 24 juillet 2015 ne sont pas de nature à rediscuter l'appréciation du 11 février 2015 du Dr X._____, au demeurant corroborée par le rapport du 27 novembre 2014 des spécialistes de la CRR, et qui revêt valeur probante au sens de la jurisprudence. L'intimée se prononce également pour le rejet de l'expertise complémentaire requise. Elle observe pour terminer que la

méthode de calcul du revenu d'invalidé du recourant n'est pas critiquable, étant précisé que les descriptions de postes de travail (DPT) produites s'accordent avec les limitations fonctionnelles retenues en l'occurrence, à savoir pas de position debout prolongée, de marche en terrain irrégulier ainsi que de travaux accroupis.

Par réplique du 11 janvier 2016, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a produit les pièces suivantes :

- un questionnaire complété le 1^{er} octobre 2015 par le Dr H. _____ :

“[1. Anamnèse ?]

Persistance des douleurs au niveau de l'arrière-pied à la marche et ce malgré le port d'un chaussage orthopédique avec barre de déroulement.

[2. Quels sont les points touchés par l'accident ?]

Le 02.12.13 : Fracture non déplacée de l'os naviculaire associée à une fracture de la base du 1^{er} métatarsien du pied D. SDRC dans les suites.

[3. Etat actuel de l'état de santé du patient (aspect subjectif)]

Pas de franche amélioration avec une déambulation difficile en raison des douleurs.

[4. Etat actuel de santé du patient (aspect objectif)]

Tuméfaction modérée couvrant le pied D, Chopart sensible à la palpation et à la sollicitation avec sinus du tarse très sensible. Déambulation s'effectuant essentiellement sur la colonne externe du pied D avec une boiterie d'esquive. varus calcanéen D.

[5. L'état de santé du patient est-il stabilisé ? Si oui, si non pourquoi ?]

Oui.

[6. Si vous avez répondu affirmativement à la question précédente, le patient a-t-il atteint l'état de santé qui était le sien avant l'accident ? A-t-il atteint l'état de santé qui aurait été le sien sans accident ?]

A) Non.

B) Non.

[7. Si vous avez répondu négativement à la question 6, y'a-t-il des séquelles permanentes et / ou des douleurs permanentes ? Si oui, lesquelles ?]

Oui cf. supra (douleurs arrières et médio-pied D limitant le périmètre de marche.

[8. Le patient est-il apte à travailler dans une activité adaptée ? Si oui, laquelle ?]

Patient apte à travailler sans port de charges. Peut réaliser des travaux pas exigeants, pas de déambulation constante notamment en terrain irrégulier.

[9. Autres remarques ?]

- un questionnaire complété le 6 octobre 2015 par la Dresse K._____, dont il ressort notamment les réponses suivantes :

“[1. Anamnèse ?]

Contexte douloureux chronique après traumatisme du pied / cheville droits = accident de travail du 2 / 12 / 13.

[2. Quels sont les points touchés par l'accident ?]

Cheville, articulation de Chopart et de Lisfranc.

[3. Etat actuel de l'état de santé du patient (aspect subjectif)]

Fracture seule consolidée le 23 / 7 / 15, œdème, douleurs et limitation modérée de la mobilité.

[4. Etat actuel de santé du patient (aspect objectif)]

Mobilité douloureuse et limitations ; difficultés pour le chaussage.

[5. L'état de santé du patient est-il stabilisé ? Si oui, si non pourquoi ?]

Je ne l'ai pas revu après cette 1ère consultation. Le patient devait revoir le Dr H._____ le 9 / 9 / 15.

[...]

[8. Le patient est-il apte à travailler dans une activité adaptée ? si oui, laquelle ?]

Pas encore d'actualité pour moi. Peut-être pour son médecin de famille et/ou Dr H._____.”

- un rapport de bilan podologique du 30 novembre 2015 du Dr O._____, cosigné par les Drs I._____, spécialiste en médecine générale, et H._____, dont il résulte le renouvellement d'une paire de chaussures spéciales avec des supports orthopédiques. L'analyse de la statique et les différentes empreintes montrant une cheville en varus avec une surcharge sur le bord externe du pied et un affaissement transverse ;

- un certificat du 23 novembre 2015 établi par le Dr I._____, à la teneur suivante :

“Certificat médical

Le patient susnommé présente un syndrome douloureux régional complexe du pied droit suite à un accident du travail le 02.12.2013 avec une fracture non déplacée de l'os naviculaire et de la base de 1^{er} métatarsien à droite traitées conservativement. Le patient présente des douleurs au dos du pied D avec une légère enflure, la marche sur le bord externe de ce pied avec des tiraillements dans la jambe droite. Il doit porter des chaussures orthopédiques.

P.S. : une expertise orthopédique est souhaitable.”

Le recourant soutient en définitive que les avis de ses médecins contredisent l'appréciation du médecin d'arrondissement de la CNA et qu'il ne bénéficie que d'une capacité de travail partielle dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Dans sa duplique du 1^{er} février 2016, la CNA a conclu derechef au rejet du recours et au maintien de la décision querellée ainsi qu'au rejet de la requête d'expertise médicale complémentaire.

C. Le dossier de l'assurance-invalidité a été produit le 23 mars 2016. Un délai au 2 mai 2016 était imparti aux parties pour sa consultation ainsi que pour déposer leurs déterminations éventuelles.

Le 2 mai 2016, l'intimée a observé pour sa part que les pièces du dossier AI du recourant, confirmaient la décision querellée, à savoir que le projet de décision du 7 mars 2016, refusait le droit aux prestations AI (rente et mesures professionnelles) compte tenu d'un revenu d'invalidité supérieur à celui réalisable sans atteinte à la santé. L'intimé persistait dans ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 3 septembre 2015.

En plus des pièces principales figurant sous lettres A - B ci-dessus, il ressort les éléments suivants du dossier de l'assurance-invalidité en question :

- une correspondance du 10 avril 2015 du Dr I. _____ adressée à l'OAI dans laquelle ce praticien explique n'avoir vu le recourant qu'une fois le 28 mars 2015 et qu'il ne lui est dès lors pas possible de remplir le formulaire que lui a fait parvenir cet Office ;

- un document du 25 janvier 2016 intitulé « IP – Proposition de DDP », dont il résulte notamment la fermeture du dossier de l'assuré au motif qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail ensuite de la mesure mise en œuvre (cours de français), capacité qu'il pouvait faire valoir dans différents secteurs industriels ;

- un projet de décision du 7 mars 2016 dans lequel l'OAI fait part à l'assuré de son intention de lui refuser le droit à ses prestations (rente et mesures professionnelles). Il en ressort notamment les constatations suivantes :

“Résultat de nos constatations :

Le 30 mars 2015, vous avez déposé une demande de prestations AI.

Manœuvre dans l'étanchéité pour le compte d'une entreprise de travail temporaire, vous avez été victime d'un accident du travail le 2 décembre 2013 (pied droit).

Dans le cadre de l'intervention précoce, notre assurance a pris en charge des cours de français afin de vous aider à devenir plus attractif sur le marché de l'emploi et retrouver un travail dans le secteur industriel.

Après analyse de votre situation, nous constatons que vous n'êtes plus à même d'exercer l'activité habituelle de manœuvre en raison de votre atteinte à la santé. Par contre, dans une activité adaptée - éviter un travail en position debout prolongé, en terrain irrégulier, accroupi - vous conservez une capacité de travail de 100% dès le 1^{er} août 2015.

Le droit potentiel à une rente naît le 1^{er} décembre 2014 (échéance du délai d'attente d'une année). Vous avez cependant déposé votre demande le 30 mars 2015. Votre demande est donc tardive et une rente ne peut être allouée que six mois après son dépôt, soit le 1^{er} septembre 2015. Or, à cette date, vous présentez une capacité de travail entière dans un travail adapté.

En outre, il convient d'évaluer la perte de gain découlant de votre atteinte.

[...]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2013, CHF 5'248.- par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2013, niveau de compétence 1).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2013 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être

porté à CHF 5'471.04 (CHF 5'248.- x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 65'652.48.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2013 à 2015 (+ 0.8% + 0.8% ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 66'707.12 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

[...]

Compte tenu des limitations fonctionnelles retenues, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 60'036.41. Ce moment doit être comparé au revenu annuel moyen réalisé entre 2009 et 2012, soit CHF 33'281.-

Compte tenu de ce qui précède, nous constatons que le revenu d'invalidé auquel vous pouvez raisonnablement prétendre en exerçant une activité adaptée non qualifiée à [1]00% est plus élevé que celui que vous avez réalisé avant votre atteinte à la santé.

Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on peut convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et sont donc adaptées à votre handicap.

Dès lors, le droit à des mesures professionnelles et à une rente AI n'est pas ouvert."

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme; il est donc recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et les références; cf. ég. TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2 et 9C_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2).

b) En l'espèce, le litige porte uniquement sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité LAA.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé

physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b avec les références). 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 p. 438 et les références).

c) Pour admettre l'existence d'un rapport de causalité entre un accident et une algodystrophie, la jurisprudence impose, notamment, une courte période de latence entre l'apparition de l'algodystrophie et l'événement accidentel ou une opération nécessitée par celui-ci (soit au maximum six à huit semaines; ATF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.2, 8C_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 5.3, 8C_807/2014 du 22 décembre 2015 consid. 5.3 et les références).

d) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références citées ; cf. TF 8C_929/2015 du 5 décembre 2016 consid. 3).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des

atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

4. a) Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un 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 à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité est réputée incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

En matière de capacité de gain, le droit des assurances sociales prévoit l'obligation de limiter le préjudice subi. Ce principe implique pour l'assuré qu'il est tenu de mettre en œuvre tout ce qu'on

peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son accident, fut-ce au prix d'un effort important (ATF 117 V 394 consid. 4b et 115 V 38 consid. 3b/bb; RAMA 1996, p. 37 consid. 3d).

b) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité.

Le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe de l'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3; la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité a également été admise: ATF 133 V 549; cf. aussi TF 8C_542/2012 du 8 juillet 2013 consid. 4 et 9C_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4). Indépendamment de cette précision, le Tribunal fédéral des assurances avait déjà jugé que les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents étaient tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 3d; TF 9C_813/2012 précité).

5. a) 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 et les autres références citées). 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 et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et I 562/2006 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

b) 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de

prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4). Ainsi 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 permette 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 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

6. En l'espèce, lors du séjour du recourant à la CRR, les diagnostics de probable syndrome douloureux régional complexe du pied droit (SDRC) de type I, au décours et de fracture non déplacée de l'os naviculaire et fracture non déplacée de la base du 1^{er} métatarsien à droite, traitées conservativement ont notamment été posés (cf. rapport du 27 novembre 2014 des Drs S._____ et Z._____, p. 1). Dans leur appréciation, ces spécialistes ont retenu des limitations fonctionnelles provisoires : à savoir qu'il fallait éviter les activités nécessitant le maintien d'une position debout prolongée ainsi que celles impliquant la marche en terrain irrégulier. La situation n'étant pas stabilisée lors de ce séjour, les médecins estimaient le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de manœuvre-étancheur défavorable. Les Drs S._____ et Z._____ ont en outre relevé que des facteurs contextuels jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées et influençaient défavorablement le retour au travail.

Dans son rapport d'examen médical final du 11 février 2015, le Dr X. _____ a observé un pied droit calme, le SRDC ayant disparu, ainsi que des articulations sous-taliennes et du médio-tarse souples. Il a constaté également une marche sur le bord externe du pied droit, sans déroulement du pas. Considérant le cas stabilisé, il a estimé que le recourant ne pouvait plus travailler dans son activité habituelle. Compte tenu des limitations fonctionnelles évoquées par les médecins de la CRR, en précisant en outre que l'exécution de travaux en position accroupie devait être évitée, il a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

La Dresse K. _____, dans son rapport du 24 juillet 2015, ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant. Elle constate que les lésions fracturaires du pied sont consolidées et, comme le Dr X. _____, qu'il n'y a aucun phénomène algodystrophique évolutif. Elle ne mentionne pas d'autres limitations fonctionnelles et se limite à recommander un traitement de physiothérapie. Elle n'a pas revu le recourant depuis la seule fois où il l'a consultée le 23 juillet 2015 et ses réponses au questionnaire du conseil du recourant n'apportent pas d'éléments nouveaux. Elles sont en outre très laconiques et non motivées.

Le bilan podologique établi le 30 novembre 2015 par le Dr O. _____ et co-signé par les Drs I. _____ et H. _____ ne discute pas la question de l'exigibilité médico-théorique dans une activité adaptée. Il consiste en un compte-rendu des affections du recourant sur ce plan. On observera en outre que les atteintes mentionnées - une cheville en varus avec une surcharge sur le bord externe du pied et un affaissement transverse - étaient déjà connues et prises en compte tant par les spécialistes de la CRR (cf. rapport du 27 novembre 2014 des Drs Z. _____, p. 2 - 3) que par le médecin d'arrondissement de la CNA (cf. rapport d'examen médical final du 11 février 2015 du Dr X. _____, p. 4 - 5).

Le certificat du 23 novembre 2015 du Dr I. _____ reprend uniquement des diagnostics, dont celui de SRDC sans le motiver. Il ne

s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant se limitant à estimer une expertise orthopédique souhaitable.

Quant au Dr H._____, il estime lui aussi que l'activité habituelle n'est plus possible. Dans son rapport du 24 juin 2015, comme dans ses réponses au questionnaire du conseil du recourant, il pose le diagnostic de SRDC dans les suites. Ce diagnostic, qui contredit les constatations des Drs X._____ et K._____ n'est toutefois pas documenté. Dans son rapport du 24 juin 2015, le Dr H._____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée mais a retenu les mêmes limitations fonctionnelles que celles énumérées par les médecins de la CRR et le Dr X._____ à savoir : pas d'activités uniquement en position debout, exercées principalement en marchant (terrain irrégulier), en position accroupie et en ajoutant pas de montée sur une échelle / un échafaudage. Dans ses réponses du 1^{er} octobre 2015, il confirme que l'état de santé est stabilisé mais indique que le recourant est seulement partiellement apte à travailler et sans port de charges sans motiver cette appréciation. Ses constatations objectives (cf. questionnaire complété le 1^{er} octobre 2015 par le Dr H._____, R. 4) correspondent à celles déjà relevées dans son rapport du 24 juin 2015 à l'OAI. Ces éléments étaient en outre déjà pris en compte par le médecin d'arrondissement de la CNA dans son appréciation (cf. rapport d'examen médical final du 11 février 2015 du Dr X._____, p. 4 - 5). Des douleurs « assez diffuses » du pied droit de l'assuré avec une démarche pathologique sur le rebord externe, un appui préférentiel sur le talon et aucun déroulement du pied avaient déjà été observés à la consultation de podologie de la CRR en septembre - octobre 2014 (cf. rapport du 27 novembre 2014 des Drs S._____ et Z._____, p. 4). Il n'y a ainsi aucun élément fondant son appréciation différente de la capacité de travail du recourant.

On relèvera par surabondance que le diagnostic de SRDC n'a été évoqué que par les médecins de la CRR, soit plusieurs mois après l'accident de sorte que le délai de six à huit semaines imposé par la

jurisprudence pour admettre un lien de causalité naturelle entre cette affection et l'accident est largement dépassé.

Il n'y a en conséquence aucun rapport médical mettant en doute l'appréciation du Dr X._____ dont le rapport, fondé tant sur l'examen clinique du recourant que sur l'ensemble du dossier comporte ainsi une anamnèse et fait état des plaintes du recourant. Il procède d'une étude circonstanciée et complète du cas de celui-ci. Ses conclusions sont claires et bien motivées. Ce rapport a ainsi valeur probante.

Force est dès lors de retenir une capacité de travail du recourant entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

7. Reste à examiner la perte de gain et, partant, le degré d'invalidité du recourant.

Chez les assurés actifs – soit les assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à plein temps –, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Par ailleurs, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (cf. ATF 129 V 222 ; cf. TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2), étant précisé qu'en l'occurrence, le moment déterminant pour procéder à cette analyse est l'année 2015, la CNA ayant informé l'assuré le 11 juin 2015 qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical

une sensible amélioration de son état et que dès lors il était mis fin au paiement de l'indemnité journalière et des frais médicaux avec effet au 31 juillet 2015 (cf. art. 19 al. 1 LAA).

On soulignera encore que la notion de "marché du travail équilibré" est certes théorique et abstraite mais qu'elle est néanmoins inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail - ce qui revient à l'assurance-chômage -, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (cf. TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

a) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1 et I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1).

En l'espèce, la CNA s'est fondée à juste titre pour la détermination du revenu sans invalidité sur les déclarations de l'employeur P._____ auprès duquel l'assuré travaillait notamment au moment de l'événement accidentel assuré du 2 décembre 2013. En 2015 le revenu sans invalidité du recourant aurait été de 58'063 fr. en adéquation avec les données de P._____. Ce montant n'étant au demeurant pas contesté par les parties, il n'y a pas lieu de s'en écarter.

b) Pour fixer le revenu d'invalide, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social (ATF

129 V 472 consid. 4.2.1 et 126 V 75 consid. 3b/aa; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1; Frésard/Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht Soziale Sicherheit*, 3 éd. 2016, n. 233 p. 978). Il s'agira en revanche de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas - ou pas pleinement - à profit sa capacité de travail après l'accident (Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n. 234 p. 978). Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence; la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office Fédéral de la Statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) qui est publiée sur un rythme bisannuel, tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n. 235 à 239 p. 978 à 980).

aa) L'intimée a fait application en l'occurrence de la seconde méthode d'évaluation.

Pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (cf. 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 (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; cf. 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. Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; cf. TF 8C_809/2008 précité consid.

4.2.2). Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à une réduction en cas de recours à des DPT car celles-ci prennent déjà en considération la situation particulière de l'assuré. En d'autres termes, lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; cf. TF 8C_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 4.3).

En l'occurrence, la CNA a listé huitante-six DPT et en a sélectionné cinq à savoir, deux comme collaborateur de production, une comme aide-mécanicien, une comme polisseur et la dernière comme angleur. Ce sont toutes des activités professionnelles qui sont compatibles avec l'état de santé du recourant, dans la mesure où il s'agit de travaux légers, impliquent principalement le port de charges légères à très légères, permettant de travailler en position principalement assise, avec de courts déplacements en terrain plat et sans travail accroupi. La situation médicale et personnelle du recourant est précisément prise en compte par l'attention dévolue à la sélection des DPT. Il y a dès lors lieu de retenir que ces dernières doivent être considérées comme adaptées au handicap de celui-ci. Quant au salaire moyen de 55'860 fr. fixé sur cette base, il n'apparaît pas critiquable.

Partant, le revenu avec invalidité tel que retenu par la CNA doit être confirmé.

La comparaison du revenu sans invalidité (58'063 fr.) avec le revenu d'invalidé (55'860 fr.) met en évidence un taux d'invalidité de 3,8% ($[58'063 \text{ fr.} - 55'860 \text{ fr.}] / 58'063 \text{ fr.} \times 100 = 3.8$), tel que calculé par l'intimée.

bb) Au demeurant, la référence aux statistiques salariales tirées de l'ESS ne permettrait pas d'aboutir à un résultat plus favorable au recourant.

Compte tenu du fait que l'assuré n'a pas de formation certifiée et qu'il n'a plus retravaillé depuis son accident à l'hiver 2013, il y a lieu de retenir comme salaire de référence, celui auquel peuvent prétendre les

hommes dans l'accomplissement de tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2012, 5'210 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2012, TA 1 niveau de qualification 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures; La Vie économique, 12-2013, p. 90, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 5'431 fr. 43 (5'210 fr. x 41,7 / 40), ce qui donne un salaire annuel de 65'177 fr. 16, soit après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2015 (2013 : 0.7%, 2014 : 0.8% et 2015 : 0.4% ; cf. site internet de l'OFS), on obtient un revenu annuel de 66'423 fr. 10, étant ici rappelé que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est de 100% (cf. consid.6 *supra*).

Le montant résultant des statistiques peut faire l'objet d'une réduction qui 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 TFA I 848/2005 du 29 novembre 2006 consid. 5.3.3).

Compte tenu des limitations fonctionnelles somatiques retenues en l'espèce, un taux d'abattement de 10% apparaît justifié. Le revenu avec invalidité serait dès lors de 59'780 fr. 80, soit un revenu supérieur à celui sans invalidité.

c) Ainsi, en se basant sur l'une ou l'autre des deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidité dégagées par la jurisprudence du

Tribunal fédéral, le recourant présente un taux d'invalidité inférieur à celui de 10% requis pour lui ouvrir droit à une rente d'invalidité (cf. art. 18 al. 1 LAA). La décision querellée ne s'avère dès lors pas critiquable en ce qu'elle lui refuse le droit à la rente d'invalidité LAA.

8. Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît dès lors inutile et la requête du recourant en ce sens doit être rejetée (ATF 134 I 140 consid. 5.3; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 et les références).

9. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA), ni allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

**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 3 septembre 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Joëlle Vuadens (pour U. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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).

Le greffier :