

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 novembre 2016

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Bidiville et Mme Moyard, juges assesseurs
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourant,

et

S._____, à Lucerne, intimée.

Art. 6, 16 et 18 LAA

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], domicilié à [...], a travaillé en dernier lieu auprès de I._____ à [...], en qualité de planeur. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) contre les suites d'accidents professionnels et non professionnels.

Le 26 décembre 2007, l'assuré a été victime d'une chute à ski, qui s'est soldée par une luxation de l'épaule gauche avec réduction spontanée et une fracture du tiers externe de l'épine de l'omoplate. Il a reçu un traitement conservateur et bénéficié d'un arrêt de travail total depuis cette date.

La CNA a soumis le cas à l'appréciation de l'un de ses médecins d'arrondissement, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel, dans son rapport du 28 août 2008, a considéré qu'une intervention chirurgicale de l'épaule était nécessaire en raison du défaut de consolidation de la fracture de l'épine de l'omoplate gauche.

Par courrier du 26 janvier 2009, I._____ a résilié le contrat de travail de l'assuré, avec effet au 30 avril 2009.

L'assuré a subi une première opération le 16 février 2009 par le Dr F._____, spécialiste en orthopédie à [...], qui a procédé à une ostéosynthèse avec pose de vis et plaques. L'évolution s'est caractérisée par l'apparition d'une pseudarthrose. L'assuré s'est soumis à une reprise chirurgicale le 15 mars 2010 avec ablation de plaques et greffe osseuse.

A la demande de la CNA, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et de l'appareil locomoteur, a pratiqué un examen clinique le 3 février 2011. Selon son rapport du 15 février 2011, la consolidation de la fracture n'était toujours pas acquise, une reprise chirurgicale n'étant cependant pas indiquée. Le Dr H._____ préconisait la poursuite des séances de physiothérapie, ainsi qu'une reconversion

professionnelle dans une activité sans mobilisation de l'épaule au-dessus de l'horizontale et sans mouvement répétitif ou port de charge de plus de 2-5 kg.

Sur consultation du Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique du membre supérieur, l'assuré a débuté un traitement par électrostimulation en août 2011 pour une durée de six mois. Lors de la consultation du 9 septembre 2012, le Dr [...] a décrit un début de consolidation de l'épine de l'omoplate. Il notait cependant une dégradation douloureuse de l'état de l'assuré.

L'assuré a été vu une nouvelle fois par le médecin d'arrondissement le 4 juillet 2013. Ce dernier a fait état d'une évolution défavorable avec persistance d'une pseudarthrose pour laquelle aucune nouvelle intervention chirurgicale n'a été retenue. La pseudarthrose était actuellement très serrée, avec une coiffe des rotateurs compétente mais des douleurs invalidantes au niveau de l'omoplate gauche et à la mobilisation de l'épaule.

L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) du 22 octobre 2013 au 26 novembre 2013. Selon le rapport médical du 18 décembre 2013 établi par le Dr A._____, spécialiste en médecine physique et de réadaptation et la Dresse [...], médecin-assistante, la situation était stabilisée du point de vue médical, mais la poursuite d'un traitement physiothérapeutique était indiquée pour améliorer la qualité de vie de l'assuré. Aucune nouvelle intervention n'était proposée, la fracture étant désormais consolidée (cf. CT-scan du 13 novembre 2013 effectué par le Dr [...], spécialiste en radiologie). Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient par les lésions objectives constatées pendant le séjour, mais aussi par des facteurs contextuels (soucis familiaux, économiques) qui influençaient défavorablement le retour au travail. L'incapacité de travail totale dans la profession de planeur était probablement définitive et les limitations fonctionnelles définitives suivantes étaient retenues : port de charge de plus de 10-15 kg, travail au-dessus des épaules, mouvements répétitifs avec le membre inférieur droit.

L'OAI a mis en œuvre une expertise rhumatologique dans le cadre de l'instruction de son dossier. Le Dr V._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a rendu son rapport d'expertise le 24 mars 2014. Il a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de syndrome cervicobrachial gauche sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, scapulalgie d'accompagnement sur douleurs insertionnelles de l'angulaire de l'omoplate, déconditionnement musculaire du moignon deltoïdien et discopathie C6-C7. L'expert a retenu une capacité de travail dans l'activité de planeur de 50%, celle-ci pouvant être raisonnablement augmentée à trois mois, sous réserve d'un reconditionnement musculaire bien conduit. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée limitant les ports de charges avec le membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontal. Le status ne mettait pas en évidence de restrictions articulaires, les limitations étant essentiellement imputables au déconditionnement de l'épaule gauche sur hypo-utilisation depuis 2007. Le foyer fracturaire était consolidé, ainsi que le montrait un CT-scan de l'épaule gauche du 13 novembre 2013. L'expert notait une certaine discordance entre les plaintes de l'assuré, l'ampleur de la symptomatologie décrite et les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'alors. Le socle somatique ne permettait pas d'expliquer l'ampleur de l'impotence fonctionnelle sous-jacente.

A la suite de l'examen médical final du 4 avril 2014, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a considéré que l'état de l'assuré était stabilisé, avec consolidation de la fracture de l'épine de l'omoplate. L'assuré devait pouvoir retrouver progressivement une capacité de travail totale dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge du membre supérieur gauche éloigné du tronc, pas de mouvement répété du membre supérieur gauche éloigné du tronc, pas de port de charge du membre supérieur gauche au tronc de plus de 10-15 kg, pas de position de travail avec appui sur l'omoplate gauche. S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, seul un inspecteur sur le lieu de travail de l'assuré pouvait la déterminer. Le syndrome cervico-brachial gauche

mentionné par le Dr V._____ dans son rapport d'expertise n'avait jamais été mis en évidence lors des examens à l'agence, ni lors du séjour de l'assuré à la CRR. Les douleurs et limitations des amplitudes articulaires de la ceinture scapulaire gauche avaient par contre toujours été constatées ce qui permettait de confirmer que l'accident du 13 septembre 2010 était bien responsable de la symptomatologie douloureuse et des limitations fonctionnelles retenues.

Par décision du 30 janvier 2015, la CNA a reconnu à l'assuré un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, correspondant à un montant de 10'680 francs. Non contestée, cette décision est entrée en force.

Par courrier du 18 février 2015, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2015.

Le Dr F._____ a reçu l'assuré à sa consultation du 17 avril 2015. Selon le scanner réalisé le même jour, il existait une consolidation de la pseudarthrose avec un cal hypertrophique, qui expliquait peut-être les douleurs. Une intervention n'était pas indiquée, la mobilité de l'épaule étant complète.

Le 24 août 2014, la CNA a listé soixante-neuf descriptions de postes de travail (DPT) et en a sélectionné cinq. Il s'agissait de quatre postes de collaborateur de production (DPT n° [658779] : salaire moyen 52'416 fr., salaire minimum 45'735 fr., salaire maximum 59'097 fr. ; DPT n° [10490] : salaire moyen 52'571 fr., salaire minimum 49'401 fr., salaire maximum 56'100 fr. ; DPT n° [655951] : salaire moyen 55'870 fr., salaire minimum 48'720 fr., salaire maximum 63'020 fr. ; DPT [3450] : salaire moyen 56'195 fr., salaire minimum 51'320 fr., salaire maximum 61'070 fr.), et d'un poste d'aide mécanicien (DPT n° [3305] : salaire moyen 55'250 fr., salaire minimum 52'000 fr., salaire maximum 58'500 fr.), cette sélection mettant en évidence un salaire moyen de 54'496 francs.

Par décision du 25 août 2015, la CNA a refusé l'octroi d'une rente à l'assuré, au motif que sur le plan médical, il était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il ne doive pas porter avec le bras gauche des charges de plus de 10 à 15 kg et effectuer avec celui-ci des mouvements répétitifs éloignés du corps. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettait de réaliser un salaire annuel de 54'496 francs. Comparé au gain de 57'466 réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de 5,16%, insuffisante pour constater une diminution notable de la capacité de gain due à l'accident.

Par courrier du 24 septembre 2015, le CNA a indiqué à l'assuré qu'elle accordait à titre exceptionnel la prise en charge de la médication antalgique sur prescription médicale et les consultations médicales y relatives (2 à 4/an). Elle accordait également 2 séries de 9 séances de physiothérapie par année et au maximum jusqu'à la fin de l'année 2016, cette thérapie devant être prescrite par un centre médical d'antalgie.

Par courrier du 21 septembre 2015, l'assuré s'est opposé à la décision de refus de rente du 25 août 2015. Se fondant notamment sur le dernier rapport médical du Dr F._____, il a contesté être capable de porter des charges de 15 kg et pouvoir travailler avec un seul bras. Il indiquait par ailleurs qu'il était sous médication (morphine) matin et soir, son épaule étant de plus en plus douloureuse.

Par décision sur opposition du 1^{er} octobre 2015, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 25 août 2015. Elle a notamment considéré que le rapport médical du 17 avril 2015 établi par le Dr F._____ ne permettait pas de s'écarter des conclusions du médecin d'arrondissement.

B. Par acte du 29 octobre 2015, T._____ a recouru contre la décision sur opposition du 1^{er} octobre 2015 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme en ce sens que le droit à des prestations d'assurance lui soit reconnu. Il requiert également la mise en œuvre d'une nouvelle expertise

médicale. Il conteste la stabilisation de son état médical et se fonde sur le rapport médical du 15 février 2011 établi par le Dr H._____ pour contester les limitations fonctionnelles retenues par l'intimée. Il se réfère par ailleurs au rapport médical du 1^{er} septembre 2015 établi par le Dr O._____, chef de service au Centre hospitalier régional universitaire de [...] ainsi qu'à une attestation du Dr N._____, praticien hospitalier auprès [...], qu'il ne produit toutefois pas à l'appui de son écriture.

Dans sa réponse du 9 décembre 2015, l'intimée a confirmé ses conclusions, renvoyant pour l'essentiel au rapport médical établi par le médecin d'arrondissement. Elle a ajouté que le rapport du Dr H._____ n'était pas déterminant pour l'examen du droit à la rente, celui-ci datant de 2011. La médication antalgique était toujours à sa charge alors que le recourant n'apportait pas d'élément médical justifiant la prise en charge des séances de physiothérapie au-delà de 2016.

Dans sa réplique du 3 janvier 2016, le recourant a notamment produit les documents mentionnés dans le cadre de son écriture du 29 octobre 2015, à savoir :

- attestation du 26 juin 2015 établi par le Dr N._____ lequel certifie que le recourant doit bénéficier d'un traitement antalgique.
- rapport médical du 1^{er} septembre 2015 établi par le Dr O._____, lequel confirme la consolidation de la fracture de l'épine de l'omoplate et la contre-indication pour une intervention chirurgicale. Il explique la symptomatologie du recourant par « le mécanisme traumatique qui a[...] probablement écrasé un grand nombre de terminaisons nerveuses ».

Dans un courrier du 2 février 2016, l'intimée renonce à déposer une duplique et conclut au rejet du recours.

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, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 58 al. 2 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 4 LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à la poursuite du paiement des indemnités journalières et de la prise en charge du traitement médical, subsidiairement au paiement d'une rente d'invalidité par l'intimée.

3. a) Selon 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 ou de maladie professionnelle. Conformément à l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités

journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA).

b) Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Est réputée incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGGA toute perte, totale ou partielle, d'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment

motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

4. En l'occurrence, l'état de santé du recourant était stabilisé au moment où l'intimée a mis fin au paiement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical (sous réserve de la poursuite de la prise en charge de la médication antalgique et de 2 séries de 9 séances de physiothérapie par année au maximum, jusqu'à la fin de l'année 2016, sur prescription médicale). En effet, les médecins ne

prévoient plus d'intervention chirurgicale pour améliorer l'état de santé et n'envisagent que la poursuite d'un traitement antalgique (cf. notamment rapport médical du 18 décembre 2013 du Dr A. _____). Les Dr F. _____ et O. _____ confirment également cette stabilisation dans leurs rapports des 17 avril 2015 et 1^{er} septembre 2015, produits par le recourant. La poursuite du traitement antalgique ne permet pas de considérer que l'état de santé ne serait pas stabilisé. On confirmera donc la décision litigieuse sur ce point.

5. Reste à examiner si le recourant peut prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité.

a) Si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain 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, 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 ; il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Le taux (ou degré) d'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, à savoir les gains hypothétiques prévus à l'art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA. Cette première disposition consacre la méthode générale de la comparaison des revenus. Elle prévoit que, 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. Les revenus chiffrés sont comparés selon les circonstances qui prévalent au moment de la

naissance éventuelle du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA) ; le taux d'invalidité, issu de cette comparaison, est exprimé en pour-cent (Pratique VSI 2000, p. 82, consid. 1b).

b) Lorsque l'assuré ne met pas, ou pas pleinement, à profit sa capacité de travail après l'accident, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidité, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2^e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 176). Les données salariales qui résultent des DPT ne peuvent toutefois servir au calcul du revenu d'invalidité que pour autant que certaines conditions soient remplies. Ainsi, l'assureur doit produire cinq DPT et préciser le nombre total de places de travail documentées entrant en considération pour le handicap donné, les salaires maximum et minimum de celles-ci et le salaire moyen du groupe correspondant (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

c) En l'occurrence, le recourant ne conteste pas, à juste titre, le revenu hypothétique sans invalidité fixé par l'intimée. Il n'y a pas lieu de revenir sur ce point. En ce qui concerne le revenu d'invalidité, le recourant conteste, d'abord, les limitations fonctionnelles constatées par l'intimée et se réfère sur ce point au rapport du 15 février 2011 du Dr H._____. Toutefois, ce rapport date de 2011 et ne prend pas en considération la consolidation constatée dès 2013. Le Dr F._____ indique

par ailleurs dans son rapport du 17 avril 2015 que la situation du recourant ne lui permet probablement pas de reprendre une activité qui sollicite l'épaule gauche « de façon longue ». Cet avis n'est pas incompatible avec les limitations fonctionnelles constatées par le médecin d'arrondissement et admises dans la décision sur opposition. Pour le surplus, le rapport du 17 avril 2015 produit par le recourant était connu de l'intimée et celui du 1^{er} septembre 2015 du Dr O. _____ ne fait état d'aucune constatation contredisant celles du Dr W. _____ (médecin d'arrondissement). Une nouvelle expertise n'est donc pas nécessaire. Au final, il convient d'admettre que dès le 1^{er} avril 2015, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations constatée par le Dr W. _____.

d) Le recourant conteste, ensuite, pouvoir retrouver une activité compte tenu de son handicap au bras gauche. L'intimée s'est toutefois référée à des descriptions de poste de travail dans des activités adaptées, compte tenu des limitations fonctionnelles constatées. En effet, les DPT en question ne supposent pas d'effectuer de manière répétée des travaux avec le bras gauche, de porter des charges supérieures à 10-15 kg ou d'adopter une position de travail avec appui sur l'omoplate gauche, de sorte que celles-ci sont adaptées au handicap du recourant. Elle a donc fixé correctement le revenu d'invalidité. Par ailleurs, la comparaison du revenu sans invalidité (57'466 fr.) avec le revenu d'invalidité (54'496 fr.) met en évidence un taux d'invalidité de 5.16%, tel que calculé par l'intimée. Au demeurant, la référence aux statistiques salariales tirées de l'ESS ne permettrait pas d'aboutir à un résultat plus favorable au recourant.

C'est donc à juste titre que l'intimée a nié le droit à la rente du recourant.

6. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'est pas perçu de frais de justice (art. 61 let. a LPGA), ni alloué de dépens, le recourant, au demeurant non assisté des services d'un mandataire professionnel, n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**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 1^{er} octobre 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaire ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- T. _____,
- 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).

La greffière :