

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 avril 2019

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Métral, juge, et M. Gutmann, assesseur  
Greffière : Mme Kuburas

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 18 LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** G. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été engagé le 4 janvier 2000 en qualité de maçon par la société [...] (ci-après : l'employeur), sise à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 5 septembre 2014, l'assuré a chuté d'un échafaudage d'une hauteur d'environ deux mètres et s'est blessé au pied droit. Les premiers examens mis en œuvre auprès du H. \_\_\_\_\_ (ci-après : H. \_\_\_\_\_) ont mis en évidence une fracture comminutive du calcanéum droit et une fracture des têtes du 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> métatarsiens droits. L'assuré a présenté une totale incapacité de travail dès le jour de l'accident.

Le cas a été pris en charge par la CNA.

Le 9 septembre 2014, le Prof. S. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chef de service au D. \_\_\_\_\_ (ci-après : D. \_\_\_\_\_), a pratiqué une réduction ouverte de la fracture et une ostéosynthèse du calcanéum droit.

L'assuré a ensuite bénéficié de contrôles réguliers au D. \_\_\_\_\_. Un traitement de physiothérapie intensif à raison de deux ou trois fois par semaine a été mis en place, assorti d'un traitement antalgique. L'assuré s'est également vu prescrire l'usage de cannes anglaises et des chaussures orthopédiques.

Le 28 janvier 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Dans un rapport du 2 mars 2015 adressé à la CNA, le DrL. \_\_\_\_\_L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et

médecin traitant, a confirmé les diagnostics de fracture comminutive du calcanéum droit, de fracture sous-capitale des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> métatarsiens droits et retenu le nouveau diagnostic de bursite sous-acromio-deltoïdienne droite secondaire à la marche avec les cannes anglaises, mise en évidence par une échographie du 12 février 2015. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a observé que son patient boitait, présentait des douleurs à la pression du calcanéum ainsi qu'en appui et qu'il avait un œdème local. Il a émis un pronostic réservé quant à la reprise de l'activité habituelle professionnelle de l'assuré dans le domaine de la maçonnerie et a estimé qu'il fallait s'attendre à un dommage persistant tel qu'une impotence fonctionnelle du pied droit.

Dans un avis du 17 mars 2015, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé qu'il y avait lieu d'admettre que les troubles aux épaules et les traitements y relatifs étaient en lien de causalité avec l'accident du 5 septembre 2014.

Un scanner thoracique effectué le 13 mars 2015 a conduit aux constatations suivantes :

(...)

En conclusion, il s'agit d'un tableau scanographique typique d'une silicose sous forme de micronodules < 10 mm, d'une fibrose à prédominance des lobes supérieurs accompagnées de cavernes ciliaires qui n'étaient pas visibles lors de la radiographie de 2013. L'apparition de ces cavités est probablement la traduction d'une évolution accentuée de la fibrose. Absence de colonisation de ces cavités. Adénopathies médiastinales supérieures, sous-carinaires et hilaires d'aspect typique de silicose. Absence d'infiltrat alvéolaire faisant suspecter une éventuelle surinfection ou protéinose alvéolaire. À confirmer l'absence de sclérodémie associée afin d'exclure un éventuel Erasmus.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2015 à la CNA, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chef de clinique adjoint au D.\_\_\_\_\_, a émis un pronostic réservé, estimant qu'il fallait s'attendre à la persistance d'un dommage. Il a préconisé une évaluation auprès de la Clinique Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : la Q.\_\_\_\_\_).

Le 28 mai 2015, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assuré. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juin 2015, il s'est déterminé comme suit

(...)

### **Appréciation**

Le 05.09.2014, ce patient âgé actuellement de 55 ans est donc tombé d'un échafaudage d'une hauteur de 2 mètres et il a présenté une fracture comminutive du calcaneum D [droit] ainsi qu'une fracture sous-capitale non déplacée des 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> métatarsiens du pied D. Le 12.09.2014, la fracture du calcaneum D a été réduite et ostéosynthésée. Le traitement est resté conservateur pour les autres fractures. L'évolution a été compliquée par des omalgies bilatérales, prédominant à D, et une échographie de l'épaule D, le 12.02.2015, a montré une bursite sous-acromio-deltaïdienne, laissant également suspecter une lésion de la coiffe des rotateurs.

(...)

Objectivement, l'arrière-pied D est nettement élargi mais il est calme. Il semble normo-axé. La coque talonnière est un peu sensible sur son versant externe et la cicatrice est dysesthésique. La voute plantaire n'est pas effondrée. Le pied D est aligné. L'avant-pied D est souple. Les orteils ont une bonne mobilité. La tibio-talienne a également récupéré une bonne mobilité dans un secteur utile. La sous-talienne n'est pas complètement enraidie. Elle est sensible à la sollicitation. Malgré une importante amyotrophie du mollet D, le pied D a récupéré une bonne force. Quant à l'épaule D, elle est souple, légèrement douloureuse à la mobilisation lors des mouvements combinés et les signes du conflit ne sont pas clairement positifs. Le Jobe est tenu. La force en rotation externe est conservée. Le sous-scapulaire est fonctionnel. La mobilité active est pratiquement complète. Globalement, l'épaule D a une bonne force. A noter un comblement du creux axillaire D.

Sur les RX [radiographies] du 09.01.2015, le calcaneum paraît bien reconstruit avec toutefois une marche d'escalier au niveau de la sous-italienne.

Du point de vue thérapeutique, un complément de rééducation à la marche à la Q.\_\_\_\_\_ est sûrement souhaitable.

Une infiltration test de la sous-talienne pourrait être effectuée.

Il vaudrait aussi la peine de compléter le bilan par un arthro-IRM de l'épaule D et voir si on veut investiguer plus avant un comblement bien visible du creux axillaire D qui inquiète manifestement le patient dans le contexte d'une affection pulmonaire dont le diagnostic reste à préciser.

Néanmoins, quoiqu'on fasse, le pronostic de réinsertion professionnelle ne paraît pas bon chez un patient qui ne semble pas avoir beaucoup de ressources adaptatives.

Dans un rapport du 4 juin 2015 au Dr L.\_\_\_\_\_, la Dresse V.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, a posé les diagnostics de suspicion

d'aspergillose pulmonaire cavitaire bilatérale, de silicose pulmonaire sévère avec cavitations des apex et de syndrome pulmonaire obstructif et restrictif de degré modéré. Le Dresse V.\_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré présentait une atteinte pulmonaire importante et qu'il devait éviter toute exposition aux poussières de pierre.

L'assuré a séjourné à la Q.\_\_\_\_\_ du 10 juin au 7 juillet 2015. Dans un rapport du 6 août 2015, les Drs E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et X.\_\_\_\_\_, médecin, ont retenus les diagnostics de fracture du calcanéum droit et de fracture sous capitale des 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> métatarsiens à droite, de suspicion d'aspergillose, de silicose pulmonaire sévère avec cavitation des apex de syndrome pulmonaire obstructif et restrictif de degré modéré et d'hypertension artérielle traitée. Des examens complémentaires effectués au cours du séjour au niveau du thorax, des chevilles et pieds et du creux axillaire s'étaient révélés sans particularité. Au titre des limitations fonctionnelles provisoires, les médecins de la Q.\_\_\_\_\_ ont retenu la nécessité d'éviter la marche en terrain irrégulier, la montée et descente des échelles et escaliers, le travail en position accroupie et à genou, le port de charges lourdes et l'exposition à la poussière de pierre, précisant que la situation médicale n'était pas totalement stabilisée, la physiothérapie et le renforcement musculaire étant encore susceptibles d'améliorer la situation sur une période évaluée à deux mois. Ils ont attesté une incapacité de travail du 10 juin au 6 août 2015, soit de l'entrée à la Q.\_\_\_\_\_ à l'établissement de leur rapport.

Dans un rapport du 8 octobre 2015 au Dr L.\_\_\_\_\_, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a observé que la situation respiratoire de l'assuré était stable, tant sur le plan fonctionnel que radiologique. Elle a précisé que l'atteinte fonctionnelle respiratoire était significative et irréversible, susceptible de lente progression, et qu'elle représentait une limitation au travail physique professionnel.

Le 5 novembre 2015, le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a examiné

l'assuré. Du rapport consécutif à cet examen, il ressort notamment ce qui suit :

(...)

**Appréciation du cas :**

Cet assuré de 55 ans travaille depuis l'âge de 18 ans dans des activités l'exposant à des poussières de quartz, d'abord au [...], puis en Suisse. En 1992, une pneumopathie a été découverte fortuitement et depuis 2004 une silicose pulmonaire est suspectée. En mars 2015, l'assuré a présenté des hémoptysies et un nouveau bilan a montré une aggravation de la silicose avec cavitation des apex. Actuellement la situation est décrite comme stable sur le plan respiratoire. M. G. \_\_\_\_\_ se plaint d'une dyspnée à l'effort. Il est en arrêt de travail depuis le mois de septembre 2014, mais pour un problème traumatologique (fracture du calcanéum et du pied droits suite à une chute, douleurs à l'épaule droite).

L'examen clinique de ce jour est normal. Les explorations fonctionnelles révèlent uniquement la présence d'un syndrome obstructif modéré. A noter également des signes compatibles avec un emphysème probablement en lien avec l'ancien tabagisme.

Sur la base de l'ensemble des éléments à ma disposition, en particulier du dossier radiologique et de l'exposition avérée aux poussières de quartz, je propose de retenir une maladie professionnelle au sens de l'article 9 LAA, annexe 1/2b OLAA, en l'occurrence une silicose pulmonaire.

Les examens et les traitements concernant cette silicose sont à la charge de la SUVA, ainsi que les vaccinations contre la grippe et le pneumocoque. D'autre part, un contrôle régulier des expectorations tous les 3 mois à la recherche de mycobactéries me semble justifié dans cette situation. L'assuré sera donc inclus dans le programme prévention de la Suva.

Enfin, compte tenu de la silicose pulmonaire, j'ai expliqué à M. G. \_\_\_\_\_ qu'il ne pouvait plus continuer son activité actuelle. Une décision d'inaptitude sera donc édictée par la Suva pour tous les travaux avec exposition à des poussières de quartz avec une entrée en vigueur immédiate. L'assuré a bien compris mes explications et n'a pas formulé d'opposition.

Dans l'immédiat, il est nécessaire de suivre l'évolution de cette silicose et de demander un nouveau rapport à la Dresse V. \_\_\_\_\_ vers la fin du mois de janvier 2016.

Par décision du 19 novembre 2015, la CNA a reconnu, avec effet immédiat, l'assuré inapte à toutes les activités l'exposant à des poussières de quartz.

Dans un rapport consécutif à un examen clinique du 11 janvier 2016, le Dr W. \_\_\_\_\_ a observé que le traitement sur le plan orthopédique était terminé, tout en précisant que les antalgiques, assortis

de consultations espacées et le renouvellement des supports plantaires restaient à la charge de la CNA. Il a retenu comme limitations fonctionnelles les charges moyennes, la station debout prolongée et les longs trajets, surtout en terrain accidenté. Il a attesté une capacité de travail entière dans une activité respectant ces limitations au jour de l'examen. Il a en outre proposé de retenir un taux de 10 % en tant qu'indemnisation pour atteinte à l'intégrité par analogie à une arthrose sous-talienne de gravité moyenne.

Dans son appréciation du 15 janvier 2016, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de 100 % dans toute activité respectant les troubles pulmonaires liés à la silicose et qui ne soit pas lourde physiquement. Dans une note annexe à son appréciation médicale, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a préconisé de solliciter l'avis de V. \_\_\_\_\_.

Dans son rapport du 11 février 2016 à la CNA, la Dresse V. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de silicose avec cavitations des apex pulmonaires stable et une broncho-pneumopathie chronique obstructive (ci-après : BPCO) modérée à sévère persistant GOLD 3 B (VEMS [volume expiratoire maximal par seconde] entre 50 et 53 %). Elle a observé que la dyspnée était relevante et s'expliquait par l'atteinte pulmonaire obstructive malgré la physiothérapie et le traitement inhalé. L'importance de l'atteinte fonctionnelle suffisait à expliquer une limite à l'activité professionnelle et à l'activité physique.

Se déterminant sur le rapport de la Dresse V. \_\_\_\_\_ précité dans une appréciation du 16 février 2016, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré souffrait de deux pathologies, à savoir une silicose pulmonaire d'origine professionnelle et une BPCO liée probablement à son ancien tabagisme. Il a estimé que la situation était stable, un CT-scan thoracique effectué le 19 janvier 2016 n'ayant mis en exergue aucune aggravation des fonctions pulmonaires depuis son examen du 5 novembre 2015.

Par correspondance du 25 juillet 2016, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme au versement des indemnités

journalières au 31 août 2016, dans la mesure où le traitement médical en lien avec l'accident du 5 septembre 2014 était terminé. La CNA a encore précisé que l'assuré avait le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité et que les prestations pour les suites de sa maladie professionnelle étaient en cours d'examen.

Dans un rapport du 22 août 2016, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a signifié à la CNA qu'elle constatait une péjoration lentement progressive des épreuves fonctionnelles respiratoires. Outre les diagnostics déjà mis en avant dans ces précédents rapports, la pneumologue a évoqué une suspicion de silicotuberculose. Par certificat du même jour, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de l'assuré et une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée à sa pathologie pulmonaire.

Par décision du 8 septembre 2016, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité à hauteur de 22 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2016 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %.

Par décision du 9 septembre 2016, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour changement d'occupation d'un montant mensuel de 4'653 fr. 70 du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 31 mars 2017, correspondant à un taux de 80 % de la perte de salaire occasionnée.

Par courrier du 26 septembre 2016, l'assuré, représenté par [...], a demandé la production de son dossier et l'octroi d'une prolongation du délai d'opposition relatif aux décisions des 8 et 9 septembre 2016, afin qu'il puisse déterminer en toute connaissance de cause s'il entendait ou non contester les décisions concernées.

La CNA a enregistré le courrier précité comme une opposition provisoire et a accordé à l'assuré un délai d'un mois pour préciser ses intentions.

Le 1<sup>er</sup> novembre 2016, l'assuré a informé l'assureur qu'il maintenait son opposition à l'encontre de la décision du 8 septembre 2016. Il a contesté la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée retenue par la CNA, estimant qu'elle ne dépassait pas 40 %. Il a expliqué à cet égard que son employeur lui avait proposé un poste à 40 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017 dans le domaine de l'exploitation, qui correspondait tant par les tâches confiées que par le taux de travail à l'appréciation de la Dresse V.\_\_\_\_\_. Il a en outre fait valoir que, compte tenu de sa situation personnelle, notamment de son âge, de sa faible formation et du peu de capacité de ressources adaptatives, exiger de lui un changement de domaine d'activité était contraire au principe de proportionnalité.

Le 25 novembre 2016, le Dr Y.\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur le rapport de la Dresse V.\_\_\_\_\_ du 22 août 2016. Il a maintenu son appréciation du 15 janvier 2016, dans le sens d'une capacité de travail de 100 % au plan pulmonaire, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a précisé que, dès lors que les lésions radiologiques n'étaient pas corrélées à l'altération des fonctions respiratoires, il avait du mal à suivre le raisonnement de la Dresse V.\_\_\_\_\_, qui lui semblait confondre diminution du VEMS avec diminution de la capacité de travail. Il a préconisé de consulter l'assuré au mois de mars 2017 sur l'évolution de sa situation pulmonaire puis de lui soumettre à nouveau le dossier pour appréciation.

Le 20 janvier 2017, l'assuré s'est soumis à un scanner thoracique, dont il est ressorti une nouvelle zone de condensation avec des contours spiculés d'allure rétractile, non présente à l'examen de 2015, qui ne permettait pas d'écarter le développement d'un processus expansif. Il n'existait pas de signe d'une surinfection par aspergillus ni de modification des multiples ganglions calcifiés dans un contexte de pneumoconiose.

Le 30 janvier 2017, il a également subi un examen par PET-CT (tomographie par émission de positrons et scanner), dont les conclusions ont été les suivantes :

(...)

Conclusion :

Examen PET-CT au FDG [fluorodésoxyglucose, injection] confirmant une extraction métabolique marquée en regard des condensations et cavitations pulmonaires en apical gauche et en postérieur du lobe supérieur droit associée à une grisaille diffuse sur d'innombrables micronodules bilatéraux dans le cadre de la silicose connue. Nombreux ganglions et adénopathies hypermétabolique du médiastin et de régions hilaires des deux côtés.

Pas d'autres adénopathie hypermétabolique identifiable tant à l'étage supra qu'infra-diaphragmatique. Pas de foyer suspect au niveau hépato-splénique, surrénalien et squelettique ainsi que de la sphère ORL [oto-rhino-laryngologique] et de la cavité abdomino-pelvienne.

Dans un certificat du 3 février 2017, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a rappelé que l'assuré pouvait travailler à un taux de 40 % dans une activité évitant toute exposition à un toxique respiratoire, à la poussière et au port de charges lourdes.

Le 6 mars 2017, l'assuré a signé un nouveau contrat de travail avec la société F.\_\_\_\_\_, prévoyant une entrée en service le 3 avril suivant en qualité de logisticien et acheteur dans la construction pour une durée indéterminée, au taux de 40%.

Par décision sur opposition du 24 mars 2017, la CNA a confirmé la décision du 8 septembre 2016, estimant qu'en vertu de l'obligation de diminuer le dommage, il pouvait être exigé de l'assuré qu'il mette à profit l'intégralité de sa capacité résiduelle de gain, cas échéant en changeant de domaine d'activité. Le maintien dans son domaine d'activité initial à un taux d'activité moindre reviendrait à privilégier une catégorie d'assurés et serait contraire au principe de l'égalité de traitement. La CNA a expliqué qu'elle avait calculé le préjudice de l'assuré sur la base de cinq descriptions de postes (ci-après : DPT) choisis sur la base de l'exigibilité établie par le Dr W.\_\_\_\_\_ le 11 janvier 2016.

Dans une appréciation du 31 mars 2017, le Dr Y.\_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit :

(...)

Je me réfère à mon précédent rapport du 25.11.2016 qui décrit l'histoire clinique de cet assuré. Depuis lors, un CT-scan thoracique a été effectué le 20.01.2017, mais seul le rapport est à ma disposition. Ce scanner aurait révélé une zone de condensation nouvelle avec des contours spiculés d'allure rétractile dans une des cavités situées dans le segment apical du lobe supérieur gauche. Le reste de l'examen est apparemment superposable aux scanners de 2015. Un processus expansif ne pouvant pas être écarté, les investigations ont été complétées par un PET-scan le 30.01.2017 qui a confirmé une extraction métabolique marquée en regard des condensations à cavitations pulmonaires en apical gauche et en postérieur du lobe supérieur droit, associée à une grisaille diffuse sur d'innombrables micronodules bilatéraux et à de nombreux ganglions et adénopathies hypermétaboliques du médiastin et des régions hilaires des 2 côtés. Le radiologue ne se prononce pas sur le côté inquiétant ou non de cette atteinte et reste purement descriptif. Sur le plan clinique, je dispose uniquement d'un certificat de la Dresse V. \_\_\_\_\_ qui mentionne une incapacité de travail de 60 % dans n'importe quelle activité professionnelle, sans autre justification. Enfin, dans le rapport d'entretien du 22.03.2017, je relève que de nouveaux examens sont prévus en juin 2017 et que M. G. \_\_\_\_\_ a trouvé un accord avec son ancien patron pour travailler dans une activité adaptée à 40 %.

J'ai pris note de la capacité de travail résiduelle de l'assuré qui reste encore à démontrer formellement sur le plan respiratoire. Je vous prie de réclamer un rapport médical complet à la Dresse V. \_\_\_\_\_ en lui demandant de détailler son examen clinique et le cas échéant les fonctions qu'elle envisage. Par la suite, le cas doit m'être soumis à nouveau.

**B.** Par acte du 6 mai 2017, G. \_\_\_\_\_, agissant désormais seul, interjette recours contre la décision sur opposition rendue le 24 mars 2017 par la CNA auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. A titre préliminaire, il fait valoir que son recours porte tant sur la question du droit à une rente d'invalidité que celle de l'indemnité pour changement d'occupation. A cet égard, il fait grief à la CNA de n'avoir statué que sur son opposition contre la décision du 8 septembre 2016, relative à la rente d'invalidité, alors qu'il avait également contesté la décision du 9 septembre 2016, portant sur l'indemnité pour changement d'occupation. S'agissant du droit à la rente d'invalidité, G. \_\_\_\_\_ conteste l'évaluation de sa capacité de travail faite par la CNA, de même que le calcul de son préjudice économique. Il reproche à l'assureur-accidents de s'être fondé sur les seuls avis de ses médecins d'arrondissement, alors que, d'une part, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr W. \_\_\_\_\_ au plan orthopédique divergent de celles

mentionnées par le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité, et, d'autre part, que le Dr Y.\_\_\_\_\_ écarte les conclusions au plan pneumologique de sa pneumologue traitante, alors même qu'il ne dispose d'aucune spécialisation dans ce domaine. Il estime que sa capacité de travail est limitée à 40 % dans une activité adaptée, avec un rendement limité à 75 %, le revenu avec invalidité devant encore être soumis à un abattement de 25 % pour tenir compte de l'ensemble de sa situation personnelle. Au titre de mesure d'instruction, G.\_\_\_\_\_ requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire.

Par réponse du 5 septembre 2017, la CNA, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne, propose le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse. La CNA explique que la décision du 9 septembre 2016 n'a pas été frappée d'opposition et est depuis lors entrée en force de chose jugée, relevant que l'assuré s'est concentré – dans son opposition du 1<sup>er</sup> novembre 2016 – sur sa capacité de gain et a conclu à une rente d'invalidité basée sur une incapacité de gain de 60 %. La CNA relève que l'assuré n'a pas fait valoir de véritables griefs à l'encontre de l'indemnité pour changement d'occupation ni dans son opposition, ni dans son mémoire de recours. Pour le surplus, la CNA a maintenu les arguments développés dans la décision entreprise.

Par réplique du 28 septembre 2017, G.\_\_\_\_\_ admet que le présent litige ne porte que sur la quotité de la rente d'invalidité. Il maintient au surplus sa demande d'expertise médicale, estimant que la CNA n'a pas suffisamment pris en considération sa maladie professionnelle dans l'évaluation de son invalidité. L'assuré produit un rapport du 29 juin 2017 de la Dresse V.\_\_\_\_\_ attestant une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée protégée des efforts et des polluants respiratoires.

Aux termes d'une duplique du 5 octobre 2017, la CNA maintient sa position.

Le 19 octobre 2017, le juge instructeur a requis de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) la production du dossier complet de l'assuré.

Le 7 novembre 2017, l'OAI a produit au tribunal son dossier, contenant notamment :

- un projet d'acceptation de rente du 9 août 2016, octroyant à G. \_\_\_\_\_ une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2015 au 30 avril 2016,
- un rapport du 30 décembre 2016 de la Dresse V. \_\_\_\_\_, avançant un pronostic mauvais, dans la mesure où une aggravation lente et progressive de la capacité pulmonaire existait, évoluant vers une insuffisance ventilatoire inéluctable,
- un rapport du 30 janvier 2017 du Dr M. \_\_\_\_\_, attestant une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès l'examen du 11 janvier 2016 du Dr W. \_\_\_\_\_, sans baisse de rendement, les limitations fonctionnelles retenues étant : « activité légère, semi-sédentaire principalement en position assise sans long trajet à pied, permettant l'alternance des positions au gré de l'assuré, sans manipulations de charges de plus de 5 à 7 kg, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir la main droite au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras, sans usage de machine vibrante ou percutante, activité en milieu tempéré et sans poussière »,
- un rapport du 21 juin 2017 de la Dresse V. \_\_\_\_\_, retenant une rétraction progressive des lobes supérieurs avec une diminution de la cavité de l'apex pulmonaire gauche sans évolution suspecte et une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée.

Le 15 février 2018, le juge instructeur a informé les parties de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pneumologique. Le mandat a été confié au Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie. Dans un rapport d'expertise du 23 mai 2018 faisant suite

à un examen clinique du 24 avril 2018, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a pris les conclusions suivantes :

**A. Question clinique**

(...)

**5. Appréciation diagnostique**

**5.1. Diagnostics et code selon un système de classification**

reconnue :

- Silicose pulmonaire
- Emphysème pulmonaire sur ancien tabagisme

(...)

**B. Appréciation de la causalité**

**1. Pour chacun des diagnostics retenus en sus de la silicose, la maladie professionnelle est-elle une cause certaine ou probable ou seulement possible ou exclue des troubles dont est atteint l'assuré ?**

La maladie professionnelle est une cause certaine des troubles dont Monsieur G.\_\_\_\_\_ est atteint.

(...)

Il est possible qu'une BPCO [bronchopneumopathie chronique obstructive] emphysémateuse sur ancien tabagisme participe au trouble obstructif dont il souffre, mais l'emphysème pulmonaire visible au CT-scan thoracique n'est pas très marqué, la lésion attribuée à la silicose prédomine nettement et a tendance à évoluer malgré le fait qu'il n'est plus exposé à des particules volatiles de silice. Il s'agit d'une caractéristique de la silicose. D'ailleurs le PET-CT [tomographie par émission de positrons et scanner] confirme le caractère inflammatoire et toujours actif de la maladie.

**2. Ces atteintes à la santé sont-elles dues exclusivement, seulement partiellement ou ne sont-elles pas du tout dues à la maladie professionnelle susmentionnée ?**

Les atteintes pulmonaires à la santé de Monsieur G.\_\_\_\_\_ sont en grande majorité dues à la maladie professionnelle dont il souffre.

**C. Influence sur la capacité de travail**

(...)

**2. Influence des atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici**

(...)

**2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail**

La VO<sub>2</sub> [volume d'oxygène] max de Monsieur G.\_\_\_\_\_ a été mesurée à 15.9 ml/ min/kg.

Pour différentes professions, la consommation d'oxygène (VO<sub>2</sub>) requise est connue et pour une activité professionnelle, la VO<sub>2</sub> ne doit pas dépasser les 40 % de la VO<sub>2</sub> max obtenue, afin que cette activité puisse être exercée dans le contexte de journée entière.

Chez Monsieur G.\_\_\_\_\_, l'activité ne devrait pas dépasser une consommation d'oxygène de 6.36 ml/min/kg. Si on tient en considération qu'un travail avec activité assise nécessite 4.25 ml/min/kg, qu'une position debout décontractée nécessite 8.75ml/min/kg, une marche normale 10.5 ml/min/kg et une marche rapide 14 ml/min/kg, on peut retenir qu'il peut exercer de façon prolongée uniquement une activité de bureau ou en pourcentage limitée une activité principalement assise avec quelques déplacements à pied.

**2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?**

Le patient présente une incapacité de travail à 100 % en tant que maçon. Il peut par contre continuer à travailler en tant que logisticien et acheteur à 40 % dans la construction.

(...)

**3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?**

**En d'autres termes, au cas où les atteintes présentées par l'assuré engendraient une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession habituelle, peut-il exercer d'autres activités professionnelles adaptées à ses limitations fonctionnelles ?**

**3.1 Si oui, à quels critères médicaux le poste de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? Quelles sont les limitations professionnelles ?**

Il pourrait assumer une activité professionnelle à 100 % dans un travail de bureau où il exerce une activité exclusivement assise. Cependant, il ne doit pas être exposé à des irritants des voies respiratoires, à de la fumée, aux changements de température. Il présente un risque accru d'absentéisme en raison de risque élevé d'infection des voies respiratoires.

**D. Avez-vous d'autres précisions ou remarques à ajouter ?**

(...) Vu son atteinte respiratoire, il ne doit plus être exposé aux poussières de quartz/silice. Il faut tenir en considération que la silicose est une maladie progressive et que l'état respiratoire actuel du patient ainsi que la présence de cavités pulmonaires, augmentent le risque de complications infectieuses et tumorales.

Une réadaptation professionnelle dans un travail de bureau me paraît illusoire. La solution actuelle me paraît un bon compromis qui évite de porter préjudice à sa santé, respecte ses limitations respiratoires (ainsi qu'orthopédiques) et valorise ses connaissances acquises dans le secteur du bâtiment tout au long de sa vie professionnelle.

Par avis du 28 mai 2018, le juge instructeur a invité les parties à se déterminer sur la teneur du rapport précité.

Par écritures des 18 septembre et 10 octobre 2018, la CNA et l'assuré ont respectivement maintenu leurs conclusions. G. \_\_\_\_\_ a en outre relevé que les DPT retenues par la CNA ne correspondaient pas à des activités de bureau. Il produit un rapport du 5 octobre 2018 du Dr L. \_\_\_\_\_, contestant le bien-fondé de l'écriture de la CNA du 18 septembre 2018.

**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 [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 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).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Dans le cas d'espèce, le litige a exclusivement pour objet le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

**b)** N'est en revanche pas litigieuse la question du droit à une indemnité pour changement d'occupation ni le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. En effet, comme l'a relevé l'intimée, le recourant - dans son opposition du 1<sup>er</sup> novembre 2016 - s'est concentré sur sa capacité de gain et a conclu à une rente d'invalidité basée sur une incapacité de gain de 60 %. Il n'a pas fait valoir de véritables griefs à l'encontre de l'indemnité pour changement d'occupation ni dans son opposition, ni dans son mémoire de recours. Il a finalement admis dans sa réplique du 28 septembre 2017 que le présent litige ne portait que sur la quotité de la rente d'invalidité.

**3. a)** En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel (art. 7 LAA), d'accident non professionnel (art. 8 LAA) ou de maladie professionnelle (art. 9 LAA).

**b)** En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 LAA (silicose pulmonaire) et qu'il a été victime d'un accident professionnel au sens de l'art. 7 LAA survenu le 5 septembre 2014.

**4. a)** Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. 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).

L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 LPGA).

**b)** Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements

et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

**5.** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un

rapport médical, il est déterminant 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 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**6.** En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de maçon. Par contre, les avis des parties divergent s'agissant de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. A l'appui de la décision contestée, l'intimée soutient que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. De son côté, le recourant soutient que sa capacité de travail résiduelle est de 40 % même dans une activité adaptée, avec de surcroît un rendement limité à 75 %.

**a)** Sur le plan orthopédique, le recourant a présenté une fracture comminutive du calcanéum droit ainsi qu'une fracture sous-capitale non déplacée des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> métatarsiens du pied droit à la suite de l'événement survenu le 5 septembre 2014. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a retenu que le recourant présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (sans port de charges moyennes, sans station debout prolongée et sans long trajet, surtout en terrain accidenté) au jour de l'examen (cf. rapport du 11 janvier 2016). Dans le cas d'espèce, on peut se rallier à ces conclusions. En effet, aucun élément au dossier ne vient soulever des doutes quant à cette appréciation, de nature à remettre sérieusement en question sa valeur probante. Contrairement à ce que soutient le recourant, le fait que le Dr M. \_\_\_\_\_ a formulé d'autres limitations fonctionnelles ne permet pas d'aboutir à une autre conclusion. En effet, ce médecin retient, à l'instar du Dr W. \_\_\_\_\_,

une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée sans baisse de rendement. Dès lors, c'est à juste titre que la CNA s'est fondée sur les conclusions du Dr W.\_\_\_\_\_.

**b)** Sur le plan pneumologique, il est établi que le recourant est atteint d'une silicose pulmonaire et d'un syndrome obstructif modéré. Les avis divergent en revanche sur les effets de ces atteintes sur la capacité de travail de recourant. En effet, le Dr Y.\_\_\_\_\_ estime que le recourant présente une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux troubles pulmonaires et qui n'est pas lourde physiquement (cf. rapports des 15 janvier et 25 novembre 2016). Le recourant conteste cette appréciation en se fondant sur l'avis principalement de la Dresse V.\_\_\_\_\_, pneumologue traitante qui retient une capacité de travail de 40 % dans une activité évitant toute exposition à un toxique respiratoire, à la poussière et au port de charges lourdes (cf. rapport du 3 février 2017 notamment).

Force est toutefois de constater que la Dresse V.\_\_\_\_\_ procède à une appréciation globale de la capacité de travail de son patient en prenant en compte à la fois la silicose - maladie professionnelle à la charge de l'assurance-accidents - et le syndrome obstructif modéré - maladie à priori à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (cf. art. 9 LAA).

Néanmoins, l'existence d'une divergence importante imposait de mettre en œuvre une expertise pneumologique, laquelle a été confiée au Dr Z.\_\_\_\_\_.

Dans le cadre de son expertise, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a estimé, sur la base des tests qu'il a réalisés, que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (travail de bureau exercé exclusivement en position assise, sans exposition à des irritants des voies respiratoires, à de la fumée et aux changements de température). Certes, ce médecin a souligné le caractère particulièrement adéquat de l'activité actuellement exercée par le

recourant à 40 % auprès de son employeur. Il n'y a toutefois pas lieu de tenir compte de cette réflexion dans le cadre de l'appréciation de la capacité de travail, dès lors qu'elle repose manifestement sur des considérations d'ordre social. Hormis cela, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de cette expertise. Le point de vue développé par le Dr L. \_\_\_\_\_ dans son bref rapport du 5 octobre 2018 demeure bien trop sommaire pour susciter des doutes quant au bien-fondé des conclusions retenues par l'expert. Quant à la prise en compte d'une diminution de rendement, rien au dossier ne justifie que soit retenu un tel fait.

**c)** Dès lors, il y a lieu de retenir que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité respectant strictement ses limitations fonctionnelles (travail de bureau exercé exclusivement en position assise, sans exposition à des irritants des voies respiratoires, à de la fumée). A noter que cette capacité de travail - eu égard aux limitations fonctionnelles retenues par l'expert - est plus limitée que celle retenue par l'intimée.

**7.** Reste à examiner le degré d'invalidité présenté par le recourant, compte tenu de sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (ou de sa révision), soit dans le cas d'espèce 2016 (cf. consid. 4a supra).

**a) aa)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé durant l'année qui a précédé l'accident, en tenant compte de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références citées ; 135 V 287 consid. 5.1 ; TF 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.2 ; TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**bb)** En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter du revenu de 80'078 fr. retenu par l'intimée. En effet, selon les informations fournies par la société F.\_\_\_\_\_, le salaire horaire du recourant en 2016 aurait été de 35 fr., avec un horaire hebdomadaire de 43 h 75 et un 13<sup>e</sup> salaire. Or, l'intimée a relevé que la société employant l'assuré était soumise à une convention collective de travail (CCT) et que le total annuel des heures de travail en 2016 était 2'112 heures - total qui tient compte du fait que les salariés comptabilisent un grand nombre d'heures de travail durant les beaux jours tandis qu'à l'approche de l'hiver celles-ci connaissent des grandes variations, voire peuvent être nulles lors de périodes de grand froid. De plus, il ne se trouve au dossier aucun élément qui justifierait de s'éloigner de ce chiffre, que le recourant ne conteste du reste pas.

**b) aa)** Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle - ce qui est le cas en l'espèce - contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1), ou en fonction des données salariales résultant des descriptions des postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et la référence citée ; TF 8C\_761/2012 du 29 juillet 2013 consid. 3.3 et les références citées).

**bb)** Afin de déterminer le revenu que le recourant pourrait réaliser en 2016, malgré son atteinte à la santé sur un marché du travail équilibré, l'intimée s'est référée à cinq DPT tirées de sa base de données interne. Or, à l'instar du recourant, il convient d'admettre que les postes choisis par l'intimée, en tant qu'ils semblent reposer sur les limitations fonctionnelles mises en évidence par le Dr W.\_\_\_\_\_, ne sont pas compatibles avec les limitations fonctionnelles objectives du recourant, telles qu'elles ont été mises en évidence dans le cadre de l'instruction du recours. La pertinence du panel de DPT choisies par l'intimée, lequel n'a

d'ailleurs pas été versé au dossier de la cause, peut ainsi être niée, sans qu'il soit nécessaire de l'examiner dans le détail.

**cc)** Dans ces conditions, il convient de se fonder sur les données salariales ressortant de l'ESS. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes de santé du recourant. Eu égard à l'activité de substitution que pourrait exercer le recourant dans une activité légère et adaptée à ses limitations fonctionnelles, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de compétence 1) dans le secteur privé, soit en 2016, 5'340 fr. par mois (OFS, ESS 2016, TA1). 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 2016 (41,7 heures [OFS, Indicateurs du marché du travail 2016, p. 98, T18]), ce montant doit être porté à 5'567 francs.

Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

Afin de tenir compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles susceptibles d'influer sur les perspectives salariales du recourant (en particulier des limitations entraînées par l'atteinte à la santé et de l'âge), il y a lieu de procéder à un abattement de 15 % sur le salaire statistique, de sorte que l'on obtient un revenu mensuel d'invalidé de 4'732 fr., soit annuellement 56'784 francs.

**c)** La comparaison d'un revenu d'invalidé de 56'784 fr. avec un revenu sans invalidité de 80'078 fr. aboutit à un degré d'invalidité de 29 %, taux supérieur à celui reconnu par l'intimée.

**8. a)** Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée doit être réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 29 % à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2016.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'est pas représenté par un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours déposé le 6 mai 2017 par G.\_\_\_\_\_ est partiellement admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 24 mars 2017 par la CNA est réformée, en ce sens qu'G.\_\_\_\_\_ a droit à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2016 à une rente d'invalidité de 29 %.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, 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 :

- G. \_\_\_\_\_, à [...],
- Me Didier Elsig (pour la CNA), à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :