

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 octobre 2020

Composition : M. NEU, président
Mme Saïd et M. Perreten, assesseurs
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

X._____, à [...] ([...]), recourant, représenté par CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 4, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; art. 6 al. 1, 15 et 18 al. 1 LAA ; art. 24 al. 1 OLAA.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1957, travaillait pour la société Q._____ en qualité de machiniste. Il a été licencié de cet emploi en mai 2013. Il a alors émargé au chômage aux mois de juin à août 2013, occupant différentes missions temporaires par l'intermédiaire de la B._____ SA durant cette période.

Le 3 septembre 2013, l'assuré a été engagé pour une durée maximum de trois mois et à temps plein (45 heures par semaine) par L._____ SA pour une mission auprès de R._____ SA en qualité de machiniste. Il ressortait du contrat de mission y relatif, signé le 2 septembre 2013, que le salaire horaire de base de l'intéressé serait de 31 fr. 90, auquel s'ajouteraient 4 fr. 30 pour les vacances et 3 fr. 10 pour le treizième salaire, soit au total 39 fr. 30 par heure. Était également mentionné un poste intitulé « autre frais » pour 23 fr. par jour. Les jours fériés étaient en outre compensés par une indemnité équivalente au salaire perdu selon la convention collective de travail du secteur d'activité. Ledit contrat était conclu pour une durée maximale de trois mois, renouvelable en contrat de durée indéterminée par accord écrit. Dans le cadre de cet emploi, l'intéressé était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels, ainsi que des maladies professionnelles.

B. Par déclaration de sinistre du 15 septembre 2013, l'employeur a indiqué que l'assuré avait été victime d'un accident le 4 septembre 2013. Alors que l'intéressé conduisait un camion sur un chantier, il avait glissé et perdu le contrôle de l'engin, lequel s'était renversé sur le côté. L'assuré s'était cassé le bras droit dans l'accident. Il a présenté une incapacité de travail totale dès le jour de l'accident.

Le 5 septembre 2013, l'assuré a subi une ostéosynthèse de l'humérus proximal droit par vis et plaque.

Dans un rapport du 4 octobre 2013, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de fracture sous-capitale comminutive humérus droit associée à une fracture oblique dans la tête humérale instable le 4 septembre 2013, ainsi que d'ostéosynthèse par plaque Axos humérus proximal droit et immobilisation par gilet orthopédique le 6 septembre 2013. Cette immobilisation était prévue pour six semaines.

Une déclaration de sinistre pour les chômeurs du 4 novembre 2013 a été déposée pour le même accident. A teneur de ce document, l'assuré avait eu droit à l'indemnité de chômage du 3 juin au 3 septembre 2013. Dans ce cadre, son indemnité journalière avait été fixée à un montant brut de 195 fr. 70 et, après déduction des charges sociales, à un montant net de 179 fr. 20.

Le 25 novembre 2013, la CNA a alloué des prestations d'assurance pour les suites de l'accident professionnel du 4 septembre 2013.

Le 28 novembre 2013, L._____
SA a résilié le contrat de travail (mission) conclu avec l'assuré pour le 30 novembre 2013, étant précisé que la survenance du terme du contrat de mission ne signifiait pas que le contrat cadre de travail était résilié, ce dernier continuant naturellement à s'appliquer pour toutes missions que l'intéressé accomplirait éventuellement pour L._____
SA dans le futur.

L'assuré a effectué un premier séjour à la Clinique H._____
(ci-après : la H._____) du 13 mai au 17 juin 2014. Dans un rapport final du 17 juillet 2014, le Dr G._____
et la Dre M._____, respectivement spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin assistant auprès du Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la H._____, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques et raideur de l'épaule droite et les diagnostics supplémentaires d'accident au travail le 4 septembre 2013

avec fracture comminutive cervico-bitubérositaire déplacée de l'humérus proximal droit, type 4 selon Neer, et de réduction ouverte ostéosynthèse par plaques le 6 septembre 2013. Ils ont notamment estimé que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles et devrait être évaluée à un an dès l'accident.

Le 3 novembre 2014, l'assuré a subi une intervention médicale, consistant en l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'humérus proximal droit et une adhésiolyse sous-déltôidienne.

L'assuré a séjourné une seconde fois à la H. _____ du 15 avril au 12 mai 2015. Dans un rapport final du 27 mai 2015, le Dr G. _____ et la Dre J. _____, médecin assistant auprès du Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la H. _____, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques et raideur de l'épaule droite et les diagnostics supplémentaires d'ablation de matériel d'ostéosynthèse de l'humérus proximal droit et adhésiolyse sous déltôidienne le 3 novembre 2014, de réduction ouverte ostéosynthèse par plaques le 6 septembre 2013, d'accident au travail le 4 septembre 2013 avec fracture comminutive cervico-bitubérositaire déplacée de l'humérus proximal droit, type 4 selon Neer, de probable syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) et de lipome para-cervical gauche (8*2 cm) (imagerie par résonance magnétique [IRM] cervical et ultrason [US]). Ils ont indiqué que l'assuré présentait une incapacité de travail totale pour une longue durée dans la profession actuelle de manœuvre machiniste et ont en outre considéré ce qui suit (*sic*) :

« APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs constantes de l'épaule droite d'intensité estimée de 1 à 7/10 de type étirements. Les douleurs sont localisées sur le moignon de l'épaule droite prédominant sur le compartiment antérieur, par le décubitus latéral droit, les mouvements en hauteur et le port de charge même légers dès 5 kg selon le patient.

L'examen clinique est décrit ci-dessus.

Examens radiologiques :

Rx [radiographie] de l'épaule droite F/Neer du 17.12.2014 : aspect remanié de la tête humérale, sans signe de nécrose ni arthrose.
IRM des tissus mous cervicaux du 11.05.2015 : lipome paracervical gauche ne prenant pas le gadolinium, bien délimité.

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan médical : **probable syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)**, sur la base d'une anamnèse de ronflements et d'un dépistage par Apnea-Link fortement suggestifs. Nous conseillons une évaluation spécialisée pour discuter des mesures thérapeutiques.

Sur le plan dermatologique : **lipome para-cervical gauche** (cf. rapport d'US du 22.04.2015 et IRM du 11.05.2015).

Sur le plan ORL [oto-rhino-laryngologie], le patient annonçant une perte de l'audition depuis son accident, un audiogramme a été réalisé le 30.04.2015 se révélant normal.

Aucun diagnostic psychopathologique n'est retenu.

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

Des facteurs contextuels (absence de qualification, âge, durée d'incapacité de travail) influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, qui sous-estime le niveau d'activité qu'il estime pouvoir réaliser.

[...]

Sur le plan antalgique, un traitement de Dafalgan est pris en réserve selon douleurs. Le traitement de Pantozol a été maintenu à la sortie mais son indication devrait être réévaluée, et en absence d'indication à la poursuite de celui-ci nous proposons une diminution du dosage dans un premier temps puis un sevrage progressif.

L'évolution subjective et objective est non significative (cf. rapports et test fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne.

Une évaluation des capacités fonctionnelles (version courte) est réalisée le 05.05.2015. Le score au questionnaire HFS (appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le sujet) atteint 96 points, correspondant à l'appréciation par le patient de pouvoir réaliser des activités exigeantes un niveau d'effort sédentaire ou essentiellement assis. Au vu des résultats réalisés au cours de l'évolution, on peut relever que le patient sous-estime le niveau ses aptitudes fonctionnelles. Durant les tests, la volonté de donner le maximum est jugée incertaine et le niveau de cohérence moyen. Pendant cette évaluation, il a pu lever 30 kg du sol à la hauteur de la taille, lever 10 kg de la taille à hauteur de la tête 10 kg, porter de la main droite 12.5 kg et de la main gauche 17,5 kg. Le travail au-dessus du niveau de la tête est légèrement limité. Le niveau d'effort

fourni au cours de l'évaluation correspond à un niveau d'effort léger à moyen (10-15 kg).

Hormis le fait qu'il sous-estime le niveau d'activités qu'il estime pouvoir réaliser, aucune incohérence n'a été relevée.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : activité nécessitant le maintien du membre supérieur droit au-dessus du niveau des épaules ; port répété de charges supérieures à 10-15 kg.

La situation est stabilisée du point de vue médical.

Le patient a été présenté à notre consultant en chirurgie orthopédiste spécialiste de l'épaule durant le séjour. Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de manoeuvre-machiniste est défavorable en lien avec facteurs médicaux retenus après l'accident, chez un patient qui va garder une épaule raide et resté limité pour les ports de charges.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est limité par les facteurs contextuels mentionnés plus haut, chez un patient qui ne voit comme piste professionnelle que l'activité de machiniste pour pouvoir bénéficier la retraite du bâtiment. N'étant actuellement pas disposé à réfléchir à d'autres pistes professionnelles dans le but de bénéficier de la retraite du bâtiment à 60 ans, un accompagnement dans les recherches d'emploi dans une activité de machiniste uniquement pourrait lui être utile.

[...] ».

Dans une appréciation du 4 juin 2015, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a relevé qu'ensuite de l'événement du 4 septembre 2013, l'assuré avait eu une fracture comminutive cervico-bitubérosaite déplacée de l'humérus proximal type Neer IV, traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse. Des douleurs ainsi qu'une raideur de l'épaule droite avaient persisté. Le Dr T._____ a considéré que l'état actuel de cette épaule était l'équivalent d'une périarthrite scapulo-humérale (PSH) moyenne, pour laquelle il était prévu une indemnisation de 10 % au sens de la table 1 des barèmes d'indemnisations des atteintes à l'intégrité selon la LAA.

Dans une attestation reçue par la CNA le 8 juin 2015, L._____ SA a précisé que si l'assuré était resté dans la même activité

que celle occupée lors de l'accident de 2013, son salaire horaire - en 2014 et en 2015 - aurait été de 31 fr. 90, avec une gratification de « 3,10 (8,30 %) », et que son horaire de travail hebdomadaire aurait été de 43,75 heures.

Par envoi du 11 août 2016, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a adressé à la CNA un extrait du compte individuel de l'assuré, duquel il ressortait notamment que ce dernier avait perçu - auprès de Q._____ - des revenus annuels de 77'971 fr. en 2011, de 68'884 fr. en 2012 et de 27'446 fr. de janvier à mai 2013. En 2013, il avait également reçu des salaires de 14'379 fr. de juin à septembre de la B._____ SA, ainsi que de 413 fr. d'octobre à novembre de L._____ SA. Il avait en outre perçu des indemnités journalières de l'assurance-invalidité à hauteur de 5'493 fr. en décembre 2015.

Le 1^{er} septembre 2016, s'agissant de la stabilisation du cas de l'assuré et de la reconnaissance d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en tenant compte des limitations fixées par la H._____, le Dr T._____ a renvoyé au rapport final de la H._____ du 27 mai 2015.

Dans un envoi reçu le 2 septembre 2016 par la CNA, L._____ SA a indiqué qu'en 2016, le salaire horaire de base de l'intéressé aurait été de 32 fr., avec un treizième salaire (8,30 %), et que son horaire de travail hebdomadaire moyen aurait été de 43,75 heures (plus 1,25 heure de pause).

Par projet de décision du 12 septembre 2016, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a informé l'assuré de son intention de lui accorder une rente entière du 1^{er} octobre 2014 au 31 août 2015, en retenant - dès le mois de mai 2015 - des revenus sans invalidité de 77'585 fr. 90 et avec invalidité de 60'047 fr. 04, soit un degré d'invalidité de 22.61 %.

Le 20 septembre 2016, la Caisse C._____ a transmis les décomptes de salaire de l'assuré pour son activité auprès de Q._____, et

couvrant la majeure partie de la période allant du 1^{er} mai 2012 au 31 mai 2013. Il ressortait notamment :

- du bulletin de salaire du 28 septembre 2012 portant sur la période du 1^{er} au 30 septembre 2012 et prenant en compte les heures effectuées du 25 août (du 23 août selon indication manuscrite) au 21 septembre 2012, un salaire brut de base de 5'634 fr. (salaire horaire de 31 fr. 30 pour 180 heures), une indemnité pour jours fériés de 273 fr. 90, une allocation pour vacances de 768 fr. 05 (soit 13 % du salaire de base cumulé à l'indemnité pour jours fériés) et une indemnité pour heures supplémentaires à 100 % de 46 fr. 95 ;
- du bulletin de salaire du 31 octobre 2012 portant sur la période du 21 septembre au 19 octobre 2012, un salaire brut de base de 5'618 fr. 35 (salaire horaire de 31 fr. 30 pour 179.5 heures), une allocation pour vacances de 730 fr. 40 et une indemnité pour heures supplémentaires à 100 % de 46 fr. 95 ;
- du bulletin de salaire du 30 novembre 2012 portant sur la période du 1^{er} au 30 novembre 2012 et prenant en compte les heures effectuées du 20 octobre au 23 novembre 2012, un salaire brut de base de 6'651 fr. 25 (salaire horaire de 31 fr. 30 pour 212.5 heures) et une allocation pour vacances de 864 fr. 65 ;
- du bulletin de salaire du 20 décembre 2012 portant sur la période du 26 novembre au 17 décembre 2012, un salaire brut de base de 2'926 fr. 55 (salaire horaire de 31 fr. 30 pour 93.5 heures), des indemnités journalières pour maladie de 941 fr. 75, une allocation pour vacances de 380 fr. 45 (calculée sur le salaire de base de 2'926 fr. 55) et le paiement d'un treizième salaire à hauteur de 5'279 fr. 25 ;

- du bulletin de salaire du 1^{er} février 2013 portant sur la période du 18 décembre 2012 au 27 janvier 2013, un salaire brut de base de 542 fr. 30 (salaire horaire de 31 fr. 90 pour 17 heures), des indemnités journalières pour maladie de 2'825 fr. 25 et une allocation pour vacances de 70 fr. 50 (calculée sur le salaire de base de 542 fr. 30) ;
- du bulletin de salaire du 1^{er} mars 2013 portant sur la période du 28 janvier au 22 février 2013, un salaire brut de base de 1'770 fr. 45 (salaire horaire de 31 fr. 90 pour 55.5 heures), des indemnités de chômage pour intempérie pour treize jours à 100 % de 2'571 fr. 10, et une allocation pour vacances de 564 fr. 40 ;
- du bulletin de salaire du 26 mars 2013 portant sur la période du 21 février au 20 mars 2013, un salaire brut de base de 5'024 fr. 25 (salaire horaire de 31 fr. 90 pour 157.5 heures) et une allocation pour vacances de 653 fr. 15 ;
- du bulletin de salaire du 30 avril 2013 portant sur la période du 21 mars au 17 avril 2013, un salaire brut de base de 4'896 fr. 65 (salaire horaire de 31 fr. 90 pour 153.5 heures), une indemnité pour jours fériés de 526 fr. 35 et une allocation pour vacances de 705 francs ;
- du bulletin de salaire du 28 mai 2013 portant sur la période du 18 avril au 31 mai 2013, un salaire brut de base de 5'662 fr. 25 (salaire horaire de 31 fr. 90 pour 177.5 heures), une indemnité pour jours fériés de 526 fr. 35, le paiement des vacances 2013 par 2'915 fr. 55, le paiement du solde des vacances 2012 par 907 fr. 55 et le paiement du treizième salaire par 2'103 fr. 45.

Le 12 octobre 2016, la B. _____ SA a expliqué que l'assuré avait été inscrit auprès de la Caisse C. _____ durant sa période d'emploi. Celui-ci avait effectué plusieurs missions temporaires. Le gain qu'il avait

ainsi réalisé entre le 1^{er} juin et le 3 septembre 2013 (remplacé manuscritement par la période entre le 17 juin et le 30 août 2013) était de 14'379 fr. 10. Selon un décompte du 12 octobre 2016 annexé, en juin 2013, l'assuré avait ainsi perçu un salaire brut de base de 1'085 fr., une indemnité pour jours fériés de 38 fr. 85, une provision d'indemnité pour vacances de 145 fr. 95 et une provision pour treizième salaire de 105 fr. 70, correspondant à un temps de travail de 35 heures durant quatre jours. En juillet 2013, il avait perçu un salaire brut de base de 6'936 fr. 25, une indemnité pour heures de pause de 67 fr. 55, une indemnité pour jours fériés de 248 fr. 35, une provision d'indemnité pour vacances de 933 fr. 05 et une provision pour treizième salaire de 675 fr. 75, correspondant à un temps de travail de 225.75 heures durant 25 jours. En août 2013, il avait perçu un salaire brut de base de 1'488 fr., une indemnité pour heures de pause de 49 fr. 30, une indemnité pour heures supplémentaires de 261 fr. 55, une indemnité pour jours fériés de 60 fr. 75, une provision d'indemnité pour vacances de 228 fr. 30 et une provision pour treizième salaire de 165 fr. 35, correspondant à un temps de travail de 56 heures durant cinq jours. Enfin, à teneur du décompte, l'intéressé avait perçu - en septembre 2013 - un salaire brut de base de 1'457 fr., une indemnité pour heures de pause de 42 fr. 30, une indemnité pour jours fériés de 52 fr. 15, une provision d'indemnité pour vacances de 196 fr. et une provision pour treizième salaire de 141 fr. 95, correspondant à un temps de travail de 48.25 heures durant cinq jours. Le total de la provision d'indemnité pour vacances pour toute cette période était donc de 1'503 fr. 30, et de 1'088 fr. 75 s'agissant de la provision pour treizième salaire.

Le 8 février 2017, L. _____ SA a produit le bulletin de salaire du 5 novembre 2013 de l'assuré pour le mois d'octobre 2013. Il en ressortait que celui-ci avait travaillé 11.5 heures (à 100 %) pour un revenu brut de base de 366 fr. 85 (salaire horaire de 31 fr. 90). Il avait en outre perçu une indemnité pour heures de pause de 10 fr. 70 (correspondant à une durée de 0.5 heure au montant horaire de 21 fr. 39), des prestations de la CNA du 7 septembre au 18 octobre 2013 pour 3'440 fr. 40, un treizième salaire (8.30 %) de 35 fr. 65 (correspondant à une durée de

11.5 heures au montant horaire de 3 fr. 10), un montant pour vacances (13 %) de 49 fr. 45 (correspondant à une durée de 11.5 heures au montant horaire de 4 fr. 30). Le même jour, une collaboratrice de L._____ SA a indiqué à la CNA par téléphone que l'assuré avait travaillé 8.75 heures le 3 septembre 2013 et 2.75 heures le 4 septembre 2013.

Le 27 février 2017, la CNA a considéré que le gain annuel de l'assuré entre le 4 septembre 2012 et le 3 septembre 2013 était de 69'790 fr., en procédant comme suit :

Paie du au	Salaire brut	Ind. JF soumis AVS	Ind. Vac. (13%) soumis AVS	Heures variables/supp.	13e salaire (8.3%)	Total Totale	Bemerk Observ Osserv
04.09.2012 - 21.09.2012	3'380.40	164.34	460.82	28.17	334.80	4'368.53	Q._____
22.09.2012 - 19.10.2012	5'618.35	0.00	730.39	0.00	526.95	6'875.68	Q._____
20.10.2012 - 23.11.2012	6'651.25	0.00	864.66	0.00	623.82	8'139.73	Q._____
26.11.2012 - 17.12.2012	4'103.75	0.00	533.49	0.00	384.89	5'022.13	Ij n CHF 94 80% CHF 1'1 à Q._____
18.12.2012 - 27.01.2013	4'073.85	0.00	529.60	0.00	382.09	4'985.54	Ij n CHF 2'8 à 80 CHF 3'5 à Q._____
28.01.2013	4'341.55	0.00	564.40	0.00	407.19	5'313.15	yc

- 20.02.2013							CHF 2'5 d'inden Chôma intemp (100%) Q._____
21.02.2013	5'024.25	0.00	653.15	0.00	471.22	6'148.63	Q._____
- 20.03.2013							
21.03.2013	4'896.65	526.35	704.99	0.00	508.62	6'636.61	Q._____
- 17.04.2013							
18.04.2013	5'662.25	526.35	804.52	0.00	580.43	7'573.55	Q._____
- 31.05.2013							
01.06.2013	1'085.00	38.85	146.10	0.00	203.23	1'473.18	B._____ (13e s 14/75e CHF 1'0
- 30.06.2013							
01.07.2013	7'003.80	248.35	942.78	0.00	450.02	8'644.95	B._____ (13e s 31/75e CHF 1'0
- 31.07.2013							
01.08.2013	3'036.60	112.90	409.44	261.55	435.50	4'255.99	B._____ (13e s 30/75e CHF 1'0
- 31.08.2013							
01.09.2013	287.22	0.00	37.34	0.00	26.94	351.50	L._____ (8.75h travail 03.09.2 pause équival 2.9%)
- 03.09.2013							
Total						69'789.15	

Le 9 mars 2017, la CNA a listé 321 descriptions de postes, tirées de sa base de données relative à des descriptions de postes de travail auprès de différentes entreprises suisses (DPT). Elle en a cinq, pour des emplois de fabricant d'instruments de mesure (DPT n° W._____), d'ouvrier en horlogerie (DPT n° P._____) et de collaborateurs de production (DPT n° Z._____, F._____ et S._____). La moyenne des salaires correspondait à un revenu annuel moyen de 61'101 fr., à un revenu annuel minimal de 55'902 fr. et à un revenu annuel maximal de 66'300 francs. Aucun de ces postes ne nécessitait de soulever ou porter des charges supérieures à 10 kg, de soulever des charges au-dessus du buste de plus de 5 kg ou de travail au-dessus de la tête. La DPT n° Z._____ impliquait de soulever et porter très souvent des charges jusqu'à 5 kg, mais jamais entre 5 et 10 kg et jamais de soulever des charges au-dessus du buste. La DPT n° W._____ amènerait l'intéressé à soulever et porter souvent des charges jusqu'à 5 kg et rarement de 5 à 10 kg, ainsi qu'à soulever rarement des charges jusqu'à 5 kg au-dessus du buste, mais jamais plus lourdes. La DPT n° F._____ exigeait de soulever et de porter très souvent des charges jusqu'à 5 kg et rarement de 5 à 10 kg, mais jamais de soulever une charge au-dessus du buste. La DPT n° P._____ entraînait très souvent de devoir soulever et porter des charges jusqu'à 5 kg, mais jamais au-delà, ni de soulever des charges au-dessus du buste. Enfin, la DPT n° S._____ nécessitait de soulever et porter parfois des charges jusqu'à 5 kg et rarement de devoir soulever de telles charges au-dessus du buste, mais jamais de charges plus lourdes pour tous les cas de figure.

Par décision du 10 mars 2017, la CNA a alloué à l'assuré pour les séquelles de l'accident du 4 septembre 2013 une rente d'invalidité de 19 % à compter du 1^{er} septembre 2016, correspondant à un montant mensuel de 884 fr., ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % ascendant à 12'600 francs. En substance, elle a considéré que l'intéressé serait à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition de ne pas trop mettre à contribution son bras droit. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un revenu mensuel de 5'092 fr. (part du treizième

salaire comprise). Comparé au gain mensuel de 6'276 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de 19 %. Le gain assuré se montait par ailleurs à 69'790 francs.

Par lettre du 21 avril 2017, complétée le 6 juin 2017, l'assuré, par l'intermédiaire de son représentant, s'est opposé à la décision susmentionnée. Il a notamment fait valoir que les limitations fonctionnelles indiquées par le Dr K. _____ n'aient pas été prises en compte de manière complète par la CNA. En outre, le salaire annuel sans invalidité de à 75'316 fr. ne tenait pas compte, de manière erronée, du renchérissement entre 2013 et 2016. L'intéressé a ensuite contesté le salaire annuel d'invalidé de 61'101 fr. retenu par la CNA, critiquant le choix de la méthode des DPT pour y parvenir et estimant par ailleurs que les postes mis en exergue ne correspondaient pas à ses limitations fonctionnelles. Enfin, pour déterminer le gain assuré, il convenait de se fonder sur le revenu annuel de 81'897 fr. 35 que l'assuré avait perçu de juin 2012 à mai 2013 auprès de Q. _____, et ainsi de ne pas tenir compte de sa période de chômage au cours des mois de juin à août 2013. A l'appui de sa position, l'intéressé a notamment produit les documents suivants :

- un rapport du 12 juin 2015, par lequel le Dr K. _____ a notamment indiqué que l'assuré demeurerait capable d'effectuer de façon régulière des travaux légers. Il convenait cependant de proscrire toute activité de flexion, de levage, de port de charges fréquents, et de montée d'escalier, d'échelles ou de plans inclinés. L'intéressé ne pouvait plus exercer à plein temps sa dernière activité et y présentait une invalidité de l'ordre de 50 %. Un emploi à plein temps était toutefois possible dans le cadre de « travail de bureau, sédentaire, position assise par exemple, sans port de charge, sans mouvement répétitif du haut du corps ».
- un rapport du 9 novembre 2016, par lequel le Dr K. _____ a expliqué que la fracture de l'épaule droite de l'assuré

entraînait des limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charge régulier au-delà de 10 kg, pas de travail avec le membre supérieur droit au-delà de l'horizontale et pas de mouvements répétitifs de ce membre supérieur. Dans une activité adaptée, un taux d'activité de 100 % était toujours possible.

Par décision sur opposition du 21 juin 2017, la CNA a rejeté l'opposition susdite. Elle a estimé que rien ne justifiait de s'écarter de la méthode des DPT. Les DPT choisies étaient adaptées au handicap de l'assuré. Aucune des activités retenues ne nécessitait de maintenir le bras droit au-dessus de l'horizontale, de porter des charges au-delà de 10 kg ni d'autres sollicitations avec le membre supérieur droit. Il devait par ailleurs être fait abstraction des facteurs contextuels qui influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées chez un assuré qui sous-estimait le niveau d'activité qu'il pouvait réaliser. Le salaire mensuel sans invalidité de 6'276 fr. avait été fixé sur la base des données fournies par L. _____ SA en 2016, de sorte que ce montant était justifié. Enfin, le calcul du gain assuré a tenu compte du fait que le revenu de l'assuré a été réduit pour cause de maladie et de chômage.

C. Par acte du 22 août 2017, X. _____, agissant par son représentant, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée, en concluant à son annulation en ce qu'elle limite à 19 % son taux d'incapacité de gain et fixe à 69'790 fr son gain annuel assuré, et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, il a repris l'argumentation développée dans son opposition, ajoutant que les DPT choisies ne correspondaient en réalité ni à son profil, ni à son incapacité.

Le 27 novembre 2017, l'intimée a répondu, en concluant au rejet du recours. Elle a notamment fait valoir que les limitations fonctionnelles ressortant des rapports du Dr K. _____ étaient très proches de celles retenues par la H. _____. Il convenait en outre de

donner la préférence à celles de la H._____, dans la mesure notamment où elles faisaient suite à un séjour d'une durée d'un mois. Les DPT étaient par ailleurs adaptées aux limitations fonctionnelles de l'intéressé. L'intimée a également précisé avoir tenu compte, dans le calcul du gain annuel assuré, du salaire généré par les différentes missions temporaires occupées par l'intéressé durant sa période de chômage.

Dans une réplique du 9 février 2018, le recourant a confirmé sa position. Il a en outre requis sa propre audition au titre de mesure d'instruction.

Aux termes d'une duplique du 23 mars 2018, l'intimée a confirmé la sélection des DPT et ses calculs. Elle a ajouté que, même à écarter les DPT que le recourant jugeait inadaptées et en les remplaçant par deux nouvelles DPT, le résultat ne changerait pas. Avec une telle sélection, le revenu d'invalidé serait ainsi de 61'015 fr. 40. Il en résulterait un taux d'invalidité identique, soit de 18.98 % arrondi à nouveau à 19 %. Dans ce cadre, elle a produit une liste de 315 DPT, comprenant deux nouvelles DPT pour des emplois d'ouvrier de scierie (DPT n° O._____) et de rectifieur (DPT n° A._____), remplaçant ainsi les deux DPT retenues précédemment pour des postes de fabricant d'instruments de mesure (DPT n° W._____) et de collaborateur de production (DPT n° S._____). La nouvelle moyenne des salaires correspondait à un revenu annuel moyen de 61'015 fr. 40, à un revenu annuel minimal de 56'414 fr. 40 et à un revenu annuel maximal de 65'616 francs 20. Ces deux nouvelles DPT ne nécessitaient jamais de travail au-dessus de la tête, de soulever des charges au-dessus du buste ou encore de soulever et porter des charges de plus de 5 kg, le soulèvement et le port de charges jusqu'à 5 kg étant très souvent exigés dans le cadre de la DPT n° O._____, parfois pour la DPT n° A._____.

Le 26 avril 2018, le recourant a maintenu ses conclusions, indiquant n'avoir pas de remarques complémentaires à apporter s'agissant des nouvelles DPT produits.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte 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).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le montant de la rente d'invalidité versée par l'intimée au recourant pour les suites de l'accident du 4 septembre 2013, en particulier sur le taux d'invalidité et sur le gain assuré.

En revanche, la décision sur opposition litigieuse ne portant pas sur le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité dans la mesure où le recourant n'a pas fait opposition sur ce point, cet aspect n'est plus litigieux, étant relevé que l'intéressé ne soutient pas le contraire dans le cadre de la procédure de recours. Partant, il ne sera pas traité plus avant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. a) Il sera noté que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date des événements litigieux (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

b/i) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon 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.

ii) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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 ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être

tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

iii) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

c) 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). Est réputée invalidité 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 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente d'invalidité prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_735/2010 du 10 août 2011

consid. 2.2) – 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 cesse dès la naissance du droit à la rente.

d) 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et réf. cit. ; 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).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et réf. cit. ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Une valeur probante doit ainsi être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution 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. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une 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 et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. a) En l'espèce, il est constant que le recourant a subi un accident le 4 septembre 2013, qui a entraîné des atteintes à son épaule droite engageant la responsabilité de l'intimée. Il en est de même de la stabilisation de ladite épaule du point de vue médical et du fait que la capacité de travail de l'intéressé est désormais nulle dans son activité habituelle de manœuvre machiniste, compte tenu des atteintes. Si le recourant ne conteste pas que sa capacité de travail dans une activité adaptée est totale (cf. notamment recours du 22 août 2017, partie III/A/1), il remet cependant en question la nature de ladite activité adaptée, soit, au stade médical, la nature des limitations fonctionnelles qui lui sont reconnues.

A cet égard, l'intimée a suivi les conclusions des médecins de la H._____, selon lesquels l'intéressé présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles définitives suivantes : activité nécessitant le maintien du membre supérieur droit au-dessus du niveau des épaules ; port répété de charges supérieures à 10-15 kg (cf. rapport du 27 mai 2015 du Dr G._____ et de la Dre J._____).

Pour contester ce qui précède, le recourant se réfère à deux rapports du Dr K._____. Dans son rapport du 12 juin 2015 destiné à la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, ce médecin a retenu, au titre de limitations fonctionnelles, qu'il convenait de proscrire la flexion, le levage et le port de charges fréquents, ainsi que la montée d'escalier, d'échelles ou de plans inclinés. Ensuite, dans son rapport du 9 novembre 2016, il a considéré que l'intéressé présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge régulier au-delà de 10 kg, pas de travail avec le membre supérieur droit au-delà de l'horizontale et pas de mouvements répétitifs de ce membre supérieur.

S'agissant des limitations en rapport avec la montée d'escalier, d'échelles ou de plans inclinés, le Dr K._____ n'explique pas pour quelles raisons elles seraient en relation avec l'accident du 4 septembre 2013. Il n'apparaît en effet pas vraisemblable que les

atteintes à l'épaule droite du recourant en ayant découlé puissent être en relation de causalité avec ces limitations (cf. consid. 3b *supra*), ce qui est par ailleurs confirmé par le rapport du 27 mai 2015 des médecins de la H._____, qui ne les mentionne pas. Partant, les limitations fonctionnelles en tant que proscription de montée d'escalier, d'échelles ou de plans inclinés, ne sont pas retenues.

Pour le reste, il est constaté que les limitations fonctionnelles mentionnées par le Dr K._____ sont très proches de celles retenues par les médecins de la H._____. Les différences résident dans le fait que, pour le Dr K._____, le recourant ne peut pas porter régulièrement de charges au-delà de 10 kg, contre des charges au-delà de 10-15 kg pour les médecins de la H._____, et qu'il ne peut pas effectuer de mouvements répétitifs avec son membre supérieur droit. A cet égard, les conclusions du Dr G._____ et de la Dre J._____ de la H._____ doivent être privilégiées. En effet, elles font suite à un séjour d'observation d'un mois. Dans ce cadre, le recourant a été soumis à de nombreux tests, permettant d'analyser la situation de manière complète. Il en est ressorti que la participation de l'intéressé aux thérapies a été considérée comme moyenne. En outre, les médecins ont relevé que le recourant sous-estimait le niveau de ses aptitudes fonctionnelles. Durant les tests, la volonté de donner le maximum a été jugée incertaine et le niveau de cohérence moyen (cf. rapport de la H._____ du 27 mai 2015). S'agissant des rapports du Dr K._____ des 12 juin 2015 et 9 novembre 2016, force est de constater qu'ils sont pour le moins succincts. Celui du 9 novembre 2016 ne contient notamment aucun examen clinique, ni d'ailleurs d'anamnèse, censés sous-tendre les conclusions du Dr K._____. Quant au rapport du 12 juin 2015, s'il contient quelques observations cliniques, celles-ci sont cependant fortement moindres que celles effectuées par le Dr G._____ et la Dre J._____. En particulier, le Dr K._____ n'apporte aucun élément médical objectif qui aurait été ignoré des médecins de la H._____ et ne justifie dès lors pas ce qui l'a amené à se distancier des conclusions du Dr G._____ et de la Dre J._____.

En définitive, aucun document au dossier ne vient jeter le doute sur les conclusions des médecins de la H._____. Ces derniers ont pris en considération l'ensemble des constatations objectives pertinentes. Leurs conclusions sont claires et motivées et ne souffrent d'aucune contradiction. Partant, le rapport du 27 mai 2015 Dr G._____ et la Dre J._____ doit se voir attribuer pleine valeur probante (cf. consid. 3d *supra*). Le résultat auquel ces médecins ont abouti est convaincant et il y a dès lors lieu de s'y rallier et de retenir, à l'instar du Dr T._____ (cf. rapport du 1^{er} septembre 2016) et de l'intimée, les limitations fonctionnelles qui y sont décrites.

b) A toutes fins utiles, il est précisé que l'intimée a, à juste titre, fait débiter le droit à la rente du recourant au 1^{er} septembre 2016, date à laquelle le Dr T._____ a confirmé la stabilisation du cas de l'intéressé (cf. rapport du 1^{er} septembre 2016 ; cf. consid. 3c *supra*). En l'absence de grief du recourant à cet égard, il n'y a pas lieu de développer ce point plus amplement.

5. a/i) 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).

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).

ii) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). 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).

iii) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité assurée ou alors aucune activité normalement exigible - le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1). Il est admis 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], 3e éd., Bâle 2016, n° 236 - 241). Il s'agit là d'une faculté laissée à la libre appréciation de la CNA durant la procédure d'opposition (TF 8C_401/2018 du 16 mai 2019 consid. 5.3.1). Selon la jurisprudence, la détermination du

revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

Un abattement en pour-cent du salaire d'invalidé déterminant n'est pas admissible dans le système des DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; TF 8C_88/2014 du 10 septembre 2014 consid. 3.3 ; 8C_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 4.3). En outre, s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2 et réf. cit.).

iv) Quant à la jurisprudence relative au principe de l'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, il sied de relever 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). Il est donc admissible d'évaluer l'invalidité d'un assuré indépendamment des décisions rendues en matière d'assurance-invalidité.

b/i) En l'espèce, il est constant qu'il convient de se placer en 2016 pour procéder à la comparaison des revenus (cf. consid. 5a/i *supra*), le droit à la rente du recourant étant en effet né le 1^{er} septembre 2016.

ii) L'intimée a fixé le revenu sans invalidité à un revenu mensuel de 6'276 francs. Le recourant conteste ce montant, arguant qu'il

serait fondé sur les données valables en 2013 et ne tiendrait ainsi pas compte du renchérissement de la vie entre 2013 et 2016.

Force est cependant de constater que l'intéressé se méprend. En effet, et comme l'a expliqué l'intimée (cf. réponse du 27 novembre 2017), cette dernière a calculé le revenu sans invalidité sur la base des informations salariales concernant l'année 2016 et communiquées par L._____ SA (cf. envoi reçu le 2 septembre 2016 par l'intimée). L'employeur a ainsi indiqué qu'en 2016, le salaire horaire de base du recourant aurait été de 32 fr., avec un treizième salaire (8,30 %). Partant, le grief du recourant doit être rejeté.

Il convient par ailleurs de confirmer le calcul de l'intimée pour déterminer le revenu mensuel sans invalidité de 6'276 fr., soit 75'316 fr. annuellement (32 fr./heure x 2'112 heures/an [cf. Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse ; CN 2016-2018] + 8.30 % [treizième salaire] = 73'193 fr. 50 + 2.9 % [temps de pause en sus du temps de travail effectif] = 75'316 fr. par an), étant relevé que le recourant ne conteste pas le calcul opéré.

iii) S'agissant du revenu avec invalidité, l'intimée l'avait fixé initialement à un montant mensuel de 5'092 fr., soit 61'104 fr. annuellement (cf. décision sur opposition litigieuse), pour finalement le retenir à hauteur de 61'015 fr. 40 (cf. duplique du 23 mars 2018). Elle a opéré cette modification à la suite de la production de deux nouvelles DPT pour tenir compte des griefs du recourant et dans la mesure où le taux d'invalidité de 19 % ne s'en trouvait pas changé. La situation sera ainsi examinée compte tenu des deux nouvelles DPT produites en procédure de recours, étant précisé qu'un tel procédé ne viole pas le droit d'être entendu du recourant (cf. TF 8C_401/2018 du 16 mai 2019 consid. 5.3.1 et 5.4 et références citées.).

Or, force est de constater que les cinq DPT figurant finalement au dossier (DPT n° P._____, Z._____, F._____, O._____ et A._____) respectent les limitations fonctionnelles retenues par les

médecins de la H._____. En effet, aucune ne prévoit la nécessité d'effectuer un travail au-dessus de la tête, de soulever des charges au-dessus du buste, ou encore de soulever ou porter des charges - à savoir jusqu'au buste - de plus de 10 kg.

Le recourant a contesté les DPT initiales aux motifs que toutes prévoyaient la nécessité de faire usage de motricité fine avec les deux mains, qu'il ne maîtrisait qu'imparfaitement le français, de sorte que la DPT n° S._____ - qui impliquait un contact régulier avec la clientèle - ne lui était pas adaptée, et que les DPT n° W._____ et S._____ prévoyaient la nécessité de soulever des charges légères au-dessus du buste. Force est de constater que les griefs formulés à l'égard des DPT n° W._____ et S._____ ne sont désormais plus d'actualité, celles-ci ayant en effet été remplacées par les DPT n° O._____ et A._____. Cela étant, il est relevé que les limitations fonctionnelles mentionnées par les médecins de la H._____ n'empêchent pas l'intéressé de faire usage de motricité fine avec les deux mains. En outre, les cinq DPT finalement retenues n'impliquent pas de contact avec la clientèle, ni de soulever des charges au-dessus du buste. Les griefs du recourant doivent dès lors être rejetés.

Il est par ailleurs relevé que l'intimée a respecté les prescriptions procédurales imposées par le Tribunal fédéral pour appliquer les DPT. Il ressort en effet du dossier qu'elle a listé 315 DPT et en a sorti cinq pour fixer le revenu d'invalidé (DPT n° P._____, Z._____, F._____, O._____ et A._____), en indiquant le revenu minimal, maximal et moyen. Ce dernier était de 61'015 fr. 40 et a été retenu par l'intimée au titre de revenu avec invalidité. Partant, les conditions posées par la jurisprudence en la matière étaient réalisées (cf. consid. 5a/iii *supra*).

De plus, le recourant ne saurait remettre en question le choix de la méthode des DPT effectué par l'intimée, ni invoquer l'application d'un taux d'abattement au salaire d'invalidé retenu avec cette méthode (cf. consid. 5a/iii *supra*). La référence de l'intéressé au revenu d'invalidé

de 60'047 fr. 04 fixé par l'OAI dans son projet de décision du 12 septembre 2016 ne lui est également d'aucun secours, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'ayant en effet pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (cf. consid. 5a/iv *supra*). A toute fins utiles, il est relevé à cet égard que ce revenu d'invalidité a été déterminé par l'OAI sur la base de l'ESS, et non des DPT comme en l'espèce, pour arriver en définitive à un montant très proche de celui de l'intimée.

Partant, rien ne justifie de s'écarter du revenu annuel d'invalidité de 61'015 fr. 40 retenu par l'intimée, de sorte qu'il convient de le confirmer.

iv) Force est ainsi de constater, avec l'intimée, que le taux d'invalidité du recourant, déterminé sur la base des DPT, est bien de 19 % ($[(75'316 \text{ fr.} - 61'015 \text{ fr.}40) / 75'316 \text{ fr.}] \times 100$). Le recourant a ainsi effectivement droit à une rente d'invalidité de 19 % (cf. art. 18 al. 1 LAA).

6. Le recourant conteste encore le montant du gain assuré tel que fixé par l'intimée.

a) Selon l'art. 15 al. 1 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré. Les bases de calcul dans le temps du gain assuré sont différentes pour l'indemnité journalière et pour la rente (art. 15 al. 2 LAA). Est réputé gain assuré pour le calcul de la rente le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 2, deuxième phrase, LAA), y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (art. 22 al. 4, première phrase, OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Si les rapports de travail ont duré moins d'une année, le salaire reçu au cours de cette période est converti en gain annuel (art. 22 al. 4, deuxième phrase, OLAA). Conformément à la délégation de l'art. 15 al. 3 LAA, le Conseil fédéral a promulgué des dispositions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux, pour les rentes, à l'art. 24 OLAA.

L'art. 24 al. 1 OLAA prévoit que, si, au cours de l'année qui précède l'accident, le salaire de l'assuré a été réduit par suite de service militaire, de service civil, de service de protection civile, ou par suite d'accident, de maladie, de maternité, de chômage ou de réduction d'horaire de travail, le gain assuré est celui que l'assuré aurait reçu sans la survenance de ces éventualités.

L'art. 24 al. 1 OLAA vise les situations dans lesquelles l'assuré a subi, durant l'année de référence, une perte de salaire en raison de l'une des éventualités énumérées (ATF 137 V 405 consid. 4.4). En d'autres termes, le but de cette disposition consiste à prévoir une réglementation spéciale en faveur des assurés qui, pour une période déterminée, sont privés d'une moyenne constante de temps de travail en raison d'un événement empêchant de manière involontaire la « durée normale du travail » (ATF 114 V 113 consid. 3a).

En cas de chômage, l'art. 24 al. 1 OLAA ne s'applique que pour les périodes durant lesquelles l'assuré ne reçoit aucun salaire ou uniquement un salaire réduit des suites de son chômage (TF 8C_549/2007 du 30 mai 2008 consid. 8.3.4). En revanche, on ne saurait recourir à cette disposition lorsqu'au terme d'une période de chômage, l'assuré reprend une activité lucrative à plein temps avec un salaire moins important que celui perçu précédemment ; s'il en allait autrement, on se trouverait alors en présence d'une inégalité de traitement envers les assurés qui, pour des raisons économiques mais sans s'être trouvés au chômage, acceptent un poste moins bien rémunéré (TF 8C_434/2009 du 11 novembre 2009 consid. 4.2.2 ; TF 8C_879/2008 du 5 février 2009 consid. 3.2).

Peuvent par exemple être concernés les assurés travaillant en gain intermédiaire. Ainsi, dans une affaire concernant un assuré percevant à l'origine un gain intermédiaire en tant que chauffeur de bus scolaire, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il y avait lieu d'appliquer l'art. 24 al. 1 OLAA pour les mois où l'intéressé avait effectué un nombre d'heures réduit dans cette activité, mais que tel ne devait plus

être le cas à partir du moment où le nombre d'heures de travail avait augmenté jusqu'à atteindre un 100 % (cf. TFA U 57/01 du 29 novembre 2001, en particulier les consid. 4c et 4d).

b/i) En l'espèce, l'intimée a retenu un gain assuré de 69'790 fr., en se fondant sur les revenus perçus par le recourant durant la période de référence, soit du 4 septembre 2012 au 3 septembre 2013. L'intéressé conteste le montant du gain assuré, estimant qu'il ne convenait pas de tenir compte des gains intermédiaires réalisés durant la période de chômage des mois de juin à août 2013, ceux-ci n'étant pas représentatifs de son salaire usuel. L'intimée a rétorqué qu'il avait été tenu compte, dans le calcul du gain assuré, du fait que le salaire du recourant avait été réduit pour cause de chômage, respectivement que malgré ce chômage, il avait été investi de différentes missions temporaires générant un salaire.

ii) La période de référence du 4 septembre 2012 au 3 septembre 2013 retenue par l'intimée pour déterminer le gain assuré du recourant peut être confirmée, dans la mesure où il s'agit effectivement de l'année précédant l'accident du 4 septembre 2013 (cf. art. 15 al. 2 LAA).

S'agissant des mois de chômage litigieux de juin à août 2013, il convient de déterminer si l'intéressé a perçu durant ces périodes un salaire réduit, soit en particulier si le nombre d'heures qu'il avait effectué à cette occasion ne correspondait pas à son nombre d'heures usuel (cf. consid. 6a *supra*).

S'agissant du temps de travail mensuel de l'intéressé dans son précédent emploi auprès de Q._____, il ressort des décomptes de salaire produits le 20 septembre 2016, que le recourant avait travaillé 180 heures du 23 août au 21 septembre 2012, 179.5 heures du 21 septembre au 19 octobre 2012, 212.5 heures du 20 octobre au 23 novembre 2012, 157.5 heures du 21 février au 20 mars 2013, 153.5 heures du 21 mars au 17 avril 2013 et 177.5 heures du 18 avril au 31 mai 2013, soit une

moyenne de 176.75 heures par mois. Il est précisé qu'il n'est pas tenu compte du temps de travail mensuel de l'assuré pour les périodes allant du 26 novembre au 17 décembre 2012, du 18 décembre 2012 au 27 janvier 2013 et du 28 janvier au 22 février 2013, dans la mesure où celui-ci était précisément réduit pour cause de maladie ou d'intempérie, et donc non représentatif. Au surplus, il est relevé que le nombre mensuel d'heures de travail découlant du temps de travail annuel de 2'112 heures retenu ci-dessus (cf. consid. 5b /ii ; cf. Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse ; CN 2016-2018) est également de 176 heures (2'112 / 2).

En ce qui concerne la période de chômage, il ressort du décompte de la B. _____ SA du 12 octobre 2016 que l'intéressé a travaillé 35 heures durant quatre jours en juin 2013, 225.75 heures durant 25 jours en juillet 2013 et 104.25 heures (56 + 48.25) durant dix jours en août 2013. S'agissant de ce dernier mois, il est précisé qu'il est indiqué dans le décompte susmentionné que le recourant aurait travaillé 48.25 heures durant cinq jours en septembre 2013 pour la B. _____ SA. Or cela est impossible. En effet, l'intéressé a débuté son activité pour L. _____ SA le 3 septembre 2013. Il aurait ainsi pu uniquement travailler le lundi 2 septembre 2013 pour la B. _____ SA, mais non durant les cinq jours mentionnés. Il apparaît ainsi que les éléments indiqués pour le mois de septembre se sont déroulés au mois d'août 2013 et doivent donc être ajoutés aux éléments mentionnés pour ce dernier mois. Ce qui précède est par ailleurs confirmé par le fait que, s'il était précisé initialement - dans l'envoi du 12 octobre 2016 - que le recourant avait perçu un gain de la B. _____ SA entre le 1^{er} juin et le 3 septembre 2013, cette société a modifié manuscritement cette indication pour expliquer que le gain avait effectivement été réalisé entre le 17 juin et le 30 août 2013.

Compte tenu de ce qui précède, le nombre d'heures de travail de 225.75 effectué par le recourant en juillet 2013 durant sa période de chômage correspond à la moyenne haute de son temps de travail usuel. On peut en effet le rapprocher des 212.5 heures effectuées du 20 octobre

au 23 novembre 2012. En outre, durant ce mois de juillet 2013, l'intéressé a travaillé 25 jours, équivalent en définitive à l'emploi à temps complet qu'il avait auprès de Q._____. La situation est cependant autre s'agissant des deux autres mois de chômage. Les 35 heures du mois de juin 2013, comme les 104.25 heures du mois d'août 2013, constituent en effet une réduction du temps de travail du recourant par rapport à la durée mensuelle moyenne de 176 heures. Il est relevé que le temps de travail le plus bas de l'intéressé dans son emploi auprès Q._____, était de 153.5 heures, effectuées entre le 21 mars et le 17 avril 2013, et était donc supérieur de 50 % aux 104.25 heures d'août 2013. Le fait que le recourant ait travaillé quatre jours en juin 2013 et dix jours en août 2013 finit de convaincre que son temps de travail a été réduit et ne correspondait dès lors pas à son activité à temps plein déployée auprès de Q._____.

Partant, et contrairement à ce qu'a retenu l'intimée (cf. calcul du 27 février 2017), il convient de faire abstraction des gains intermédiaires perçus par l'intéressé durant les mois de juin et août 2013, étant précisé que l'activité également à plein temps que le recourant a commencé à déployer le 3 septembre 2013 auprès de L._____ SA n'impliquait pas un salaire moindre qu'auparavant (cf. consid. 6a *supra*). Son salaire horaire était en effet de 31 fr.90 (cf. contrat de mission du 2 septembre 2013), soit identique à celui qu'il percevait auprès Q._____, avant son licenciement (cf. bulletins de salaire des 1^{er} février, 1^{er} mars, 26 mars, 30 avril et 28 mai 2013).

iii) Cela étant, il y a lieu de constater qu'à l'exception de la problématique relative aux mois de juin et août 2013 évoquée ci-dessus, le reste du calcul effectué par l'intimée le 27 février 2017 - en tant qu'il reprend de manière pertinente et adéquate les éléments figurant dans les bulletins de salaire de Q._____, produits le 20 septembre 2016 par la Caisse C._____, le décompte du 12 octobre 2016 de la B._____ SA et le bulletin de salaire du 5 novembre 2013 de L._____ SA - peut être confirmé, le recourant ne le contestant au demeurant pas, de sorte qu'il n'y a pas lieu de développer ce point plus amplement.

iv) Le gain réalisé par le recourant entre le 4 septembre 2012 et le 3 septembre 2013, tel qu'il doit être retenu, à savoir en faisant abstraction des gains perçus en juin et août 2013, est ainsi de 64'060 fr. sur dix mois (4'368 fr. 53 + 6'875 fr. 68 + 8'139 fr. 73 + 5'022 fr. 13 + 4'985 fr. 54 + 5'313 fr. 15 + 6'148 fr. 63 + 6'636 fr. 61 + 7'573 fr. 55 + 8'644 fr. 95 + 351 fr. 50), soit de 76'872 fr. sur une année ($[64'060/10] \times 12$). C'est donc ce montant qui doit être retenu en tant que gain assuré, lequel s'avère du reste proche du revenu sans invalidité de 75'316 fr. constaté ci-dessus (cf. consid. 5b/ii *supra*).

7. Dans sa réplique du 9 février 2018, le recourant a requis sa propre audition au titre de mesure d'instruction. Il convient de rejeter cette requête dès lors que les pièces au dossier permettent de statuer en connaissance de cause et que l'audition requise ne permettrait pas, selon toute vraisemblance, de poser d'autres constatations relatives à l'état de fait pertinent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b).

8. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis. La décision sur opposition litigieuse est réformée en ce sens que le gain assuré du recourant est fixé à 76'872 fr. – elle est confirmée pour le surplus – et la cause est renvoyée à l'intimée pour nouveau calcul de la rente devant être servie à l'intéressé, puis décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 800 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 21 juin 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée en ce sens que le gain assuré de X. _____ est fixé à 76'872 fr. (septante-six mille huit cent septante-deux francs). Elle est confirmée pour le surplus et la cause est renvoyée à cette autorité pour nouveau calcul de la rente devant être servie à X. _____, puis décision.

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

- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à X. _____ la somme de 800 fr. (huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :