

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 janvier 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Bonard et Mme Férolles, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant, représenté par Me Nicolas Gillard, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 29 al. 2 Cst. ; 7, 8, 16 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Le 8 mai 2012, P. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], chef de chantier auprès de l'entreprise A. _____ SA à [...], a été victime d'un accident professionnel en chutant d'une hauteur d'environ deux mètres. Atteint à la cheville droite (fracture ouverte du pilon tibial droit Gustilo II), il a subi des opérations chirurgicales les 8 et 21 mai 2012 et a par la suite développé une arthrose importante due au traumatisme initial, avec la persistance de douleurs nécessitant une nouvelle intervention sous la forme d'une arthrodèse par clou rétrograde, pratiquée le 11 mars 2013 au département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières.

Au status à une année après l'arthrodèse, l'assuré décrivait toujours d'importantes douleurs localisées le long du pied et au niveau de la cheville droits. L'évolution était jugée défavorable, l'intéressé nécessitant encore l'usage de cannes anglaises pour se déplacer (rapport du 1^{er} avril 2014 du Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-chef du service d'orthopédie et traumatologie au DAL).

L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR), à Sion, du 25 juin au 22 juillet 2014. Dans un rapport de sortie du 29 juillet 2014, les Drs O. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et Q. _____, médecin-assistante, ont mis en évidence une série de limitations fonctionnelles provisoires (marche sur terrains irréguliers, port de charges lourdes et position debout prolongée, échelle) en indiquant que la situation n'était pas encore stabilisée du point de vue médical. Moyennant le suivi de physiothérapie ambulatoire (à raison de deux à trois séances par semaine), une amélioration dans le sens d'une stabilisation de l'état de santé était attendue dans un délai de quatre à six mois.

Le 17 septembre 2015, l'assuré a subi une ostéotomie de fermeture antérieure du tibia distal associée à une arthrodèse fibulo-tibiale pour renforcer le montage (protocole opératoire du 17 septembre 2015 et rapport du 23 octobre 2015 du Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur de l'[...] [[...]] à [...]).

L'assuré a ensuite été examiné, le 7 septembre 2016, par le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Ce médecin a notamment exposé que l'intéressé avait toujours besoin de deux cannes pour se déplacer. Depuis la dernière opération du 17 septembre 2015, il pouvait toutefois mieux marcher, avec un angle du pas correct alors qu'auparavant il était obligé de marcher en rotation externe. Il avait toujours des douleurs antérieures au niveau de la cheville et du pied droits qui avaient tendance à présenter un œdème en fin de journée sur la moitié interne du pied, douleurs également occasionnelles nocturnes. Il pouvait quand même marcher à plat avec un périmètre d'environ vingt à trente minutes. A l'examen clinique, le médecin-conseil de la CNA a notamment constaté une cheville et une articulation sous-talienne droites bloquées dans une position correcte ainsi qu'un net élargissement de la cheville et de l'arrière-pied droits. La marche s'effectuait avec une forte boiterie du membre inférieur droit (MID) et n'était réalisable que sur quelques pas. Il était prévu de revoir l'assuré pour un bilan final après un nouveau séjour à la CRR.

L'assuré a de nouveau été hospitalisé à la CRR, du 2 au 30 novembre 2016, en vue de se soumettre à un complément de rééducation, une adaptation au chaussage ainsi qu'une évaluation aux ateliers professionnels. Dans leur rapport du 3 février 2017, les Drs K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et I._____, médecin-assistante, ont posé les diagnostics suivants :

“DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles du membre inférieur droit.

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- 08.05.2012 : chute avec fracture du dôme talien et fracture ouverte du pilon tibial droit Gustilo II traitée chirurgicalement.
- Atteinte distale mixte du nerf péronier droit à prédominance sensitive (ENMG [électroneuromyogramme] 27.06.2014).

[...]

CO-MORBIDITES

- HTA.
- Hypercholestérolémie.
- Syndrome d'apnée du sommeil appareillé.
- Obésité (BMI 35.6 kg/m²).
- Lombalgies chroniques (notion de troubles lombaires dégénératifs avec HD anamnestiques).

ANTECEDENTS

- Tabagisme ancien (20 UPA).
- 2008 : fracture du poignet droit ostéosynthésée.
- 2004 : ablation kyste inguinal droit.

ALLERGIES

- Intolérance au Tramadol (épigastralgies).
- Rhume des foins."

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

"[...]

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue. On relève une peur du mouvement (score au TSK à 52 points).

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

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

- x physiothérapie
- x ergothérapie
- x ateliers professionnels
- x atelier pied et chaussure
- x consultation de podologie

Le traitement antalgique comprend une prise de Dafalgan 1 g 4x/j en réserve et application locale de pommade AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens].

Une nouvelle paire de chaussures orthopédiques montantes avec bonne barre de déroulement et compensation de 20 mm a été fournie au patient selon la consultation spécialisée de podologie.

Au terme du séjour, le patient se dit légèrement amélioré. Objectivement, il se déplace avec deux cannes en alterné ou avec des bâtons de marche (cf. rapports et tests fonctionnels).

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

Aucune incohérence n'a été relevée.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : la marche en terrain irrégulier, les ports répétés de charges supérieurs à 15 kg, le maintien de positions accroupies ou à genoux.

La situation est stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. La poursuite d'une physiothérapie visant à un sevrage des moyens auxiliaires à la marche est prévue à la sortie, à réévaluer après 9 séances.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de maçon est défavorable, en raison des facteurs médicaux retenus après l'accident.

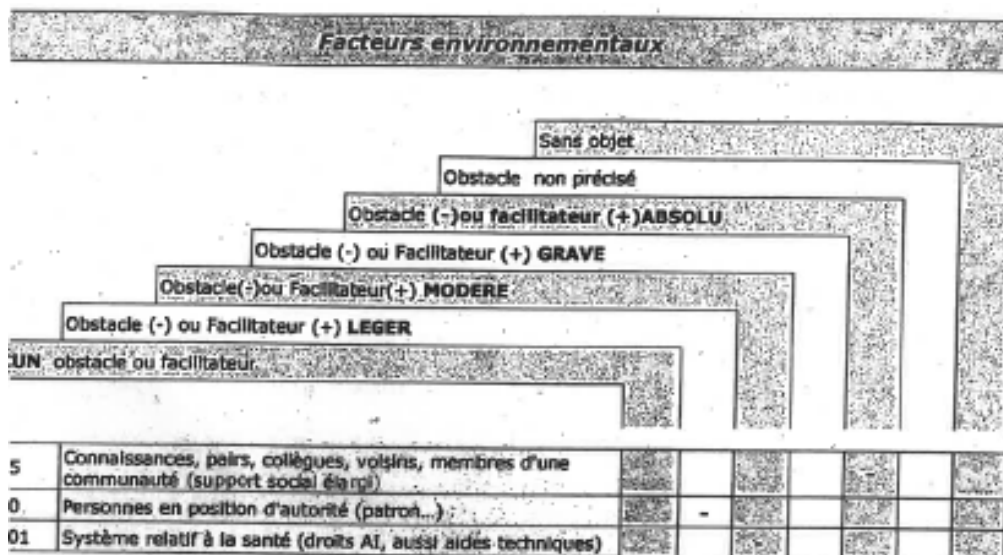
Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus paraît limité par des facteurs non-médicaux tels que la mauvaise maîtrise du français, la longueur de l'éloignement du monde du travail et l'absence de qualification chez un patient qui reste centré sur les traitements médicaux. [...]"

Étaient joints à cette appréciation notamment les résultats d'une évaluation globale aux ateliers professionnels de la CRR consécutifs au séjour de l'assuré. Au terme de leur rapport du 7 novembre 2016 le Dr X._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et J._____, maître socioprofessionnel, du service de réadaptation professionnelle de la CRR, ont constaté que testé dans des tâches légères (ports de charges très légères et contraintes limitées), l'intéressé avait maintenu la position debout statique durant quelques minutes et la position assise environ nonante minutes. Les déplacements à l'aide de deux cannes anglaises s'effectuaient avec lenteur. Les activités en ateliers étaient finalisées dans des temps supérieurs aux normes admises et avec une qualité des produits en deçà des standards. Pour les observateurs de la CNA, les capacités d'intégration de l'assuré étaient « relativement faibles », ce

dernier se disant investi dans sa récupération sans rechercher un nouvel emploi adapté à son état de santé. En annexe, les évaluateurs de la CRR ont joint le compte-rendu de leurs observations aux ateliers professionnels dont il ressort ce qui suit :

Fonctions organiques							
		Sans objet					
		Cohérence + ou -					
		Problème ABSOLU / 96 - 100 %					
		Problème GRAVE / 50 - 95 %					
		Problème MODERE / 25 - 49 %					
		Problème LEGER / 5 - 24 %					
		AUCUN problème / 0 - 4 %					
100	Sensation de douleur					x	
130	Fonctions relatives à la puissance musculaire			x			
140	Fonctions relatives à l'endurance musculaire			x			
135	Fonctions vestibulaires					x	

Activités et participation							
		Sans objet					
		Non précisé					
		Difficulté ABSOLUE non précisée					
		Difficulté GRAVE					
		Difficulté MODEREE					
		Difficulté LEGERE					
		AUCUNE difficulté					
55	Acquérir un savoir-faire			x			
90	Conversation			x			
10	gérer le stress et autres exigences psychologiques			x			
15	Garder la position du corps				x		
30	Soulever et porter des objets					x	
10	Activité de motricité fine	x					
10	Relations formelles	x					



Répondant à un questionnaire du 14 mars 2017, l'employeur A._____ SA a indiqué que sans l'accident le salaire mensuel brut de l'assuré, servi treize fois l'an, aurait évolué comme suit :

- 6'110 fr. (2012) ;
- 6'141 fr. (2013) ;
- 6'166 fr. (depuis 2014), soit un montant annuel de 80'158 fr. (6'166 fr. x 13).

Le 17 mai 2017, l'assuré a été examiné par le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement remplaçant, lequel a estimé que la situation était stabilisée du point de vue médical. Listant les limitations fonctionnelles définitives des suites de l'accident de mai 2012 (à savoir : pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche prolongée ni de position statique debout prolongée, pas de travaux accroupis ou à genoux, pas de montée ou descente répétée d'échelles / d'escaliers / d'échafaudages ainsi que pas de port de charges excédant 15 kg), ce médecin-conseil a estimé que si l'activité habituelle (chef d'équipe maçon) n'était plus exigible, l'assuré était toutefois à même d'exercer en plein une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles précitées. Le dommage à la santé justifiait par ailleurs l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (IPAI) de 20 %.

Se fondant sur l'avis du Dr H._____, la CNA a, par courrier du 22 septembre 2017, informé le conseil de l'assuré de la fin de la prise en charge du traitement médical et du versement des indemnités journalières avec effet au 30 novembre 2017, sous la réserve de la suite du traitement au sens de l'art. 21 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20). Elle a par ailleurs informé de l'examen en cours d'autres prestations d'assurance, soit en l'occurrence le droit de l'intéressé à une rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) et/ou à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 ss LAA).

Le 15 novembre 2017, l'entreprise A._____ SA a résilié les rapports de travail la liant à l'assuré pour le 31 mai 2018.

Par décision du 29 novembre 2017, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 23 % avec effet au 1^{er} décembre 2017. Elle a exposé que selon les investigations sur le plan médical, en dépit des seules séquelles de l'accident, l'intéressé était à même d'exercer une activité de type léger, sans position statique debout prolongée, sans marche prolongée ou en terrain irrégulier, sans travaux accroupis ou à genoux, sans montée ou descente répétée d'échelles, d'escaliers ou d'échafaudages. Une telle activité est médicalement exigible avec un horaire de travail normal en journée et lui permettrait de réaliser un salaire résiduel d'environ 5'129 fr. (part du 13^{ème} salaire comprise). Comparé au gain de 6'680 fr. réalisable sans l'atteinte à la santé, il en résulte une perte de 23 %. La CNA a également alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % d'un montant de 25'200 fr. ($[(126'000 \text{ fr.} \times 20) / 100]$), versée le 23 octobre 2013.

Dans le cadre de l'opposition du 15 janvier 2018 formée par son conseil, l'assuré a contesté disposer d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à son état de santé telle que l'a retenu le Dr H._____ au terme de son examen final du 17 mai 2017, puis la CNA dans sa décision. A ses yeux, le médecin-conseil avait omis de tenir compte de limitations fonctionnelles supplémentaires pour l'estimation de la capacité de travail dans un poste adapté, à savoir que lors de son

passage aux ateliers professionnels à la CRR la position assise prolongée n'avait pas été maintenue au-delà de nonante minutes et que seuls des travaux légers (port de charges de moins de cinq kilos) lui avaient été confiés. Qualifiant de « totalement irréaliste » l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle par le médecin-conseil de la CNA, il a requis la suspension de la procédure jusqu'à communication d'un rapport d'expertise privée mis en œuvre de sa propre initiative et demandé à l'autorité de lui reconnaître le droit à la rente d'invalidité et subsidiairement, d'annuler la décision litigieuse puis lui allouer une rente « pleine et entière ».

Par décision sur opposition du 15 février 2018, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 29 novembre 2017.

B. Par acte du 19 mars 2018, P._____, représenté par Me Nicolas Gillard, a déféré la décision sur opposition précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente d'invalidité « pleine et entière » lui est allouée et subsidiairement, à son annulation ainsi qu'au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle décision au sens des considérants. En premier lieu et quant à la forme, le recourant invoque une violation de la garantie de son droit d'être entendu par l'autorité de première instance en « refusant purement et simplement de laisser [à l'opposant] l'opportunité de produire l'avis médical complémentaire qu'il entendait apporter ». Sur le fond, il reproche en substance à l'intimée de s'être livrée en l'espèce à une constatation arbitraire des faits en attribuant valeur probante au rapport d'examen final du Dr H._____, lequel ne tiendrait pas correctement compte des limitations fonctionnelles (en l'occurrence le port de charges « très légères » inférieures à cinq kilos et l'impossibilité de garder la position assise plus de nonante minutes) mises en évidence par le Dr X._____ lors du second séjour à la CRR. Il requiert également de pouvoir produire en cause le rapport d'expertise privée annoncé dans sa précédente opposition en mentionnant l'apparition de symptômes dépressifs. En lien avec l'évaluation de son droit à la rente d'invalidité, le recourant conteste le préjudice économique

et plus particulièrement le revenu hypothétique déterminé sur la base des descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA à l'appui de sa décision du 29 novembre 2017. Il est d'avis pour sa part de ne pas être en mesure d'exploiter sa capacité de travail résiduelle théorique dans l'économie, la décision querellée confirmant à tort que le degré de l'invalidité n'est que de 23 %.

Dans sa réponse du 18 avril 2018 sous la plume de l'avocat Olivier Derivaz, la CNA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Elle observe d'une part que les troubles psychiques dont le recourant se plaint actuellement ne sont pas documentés au dossier et ne sauraient être pris en compte pour fixer l'exigibilité, respectivement déterminer son taux d'invalidité. D'autre part, les freins à la reprise d'une activité liés au niveau de formation ou à l'origine de l'intéressé ne constituent pas des limitations fonctionnelles médicales et n'ont pas à être pris en considération pour le calcul du revenu d'invalidité, le taux d'invalidité de 23 % devant dès lors être confirmé.

Dans sa réplique du 13 juillet 2018, confirmant ses précédentes conclusions, le recourant requiert, à titre de moyens de preuve, la mise en œuvre d'une expertise médicale par le tribunal comprenant un examen par un spécialiste du rachis et un examen Spect-CT de la cheville droite, ceci afin de déterminer la capacité de travail résiduelle. Il conteste que la situation soit stabilisée et produit les pièces suivantes :

- une attestation établie le 26 avril 2018 par le Dr U._____, généraliste et médecin traitant depuis 1999, dont on extrait ce qui suit :

“En dehors du problème chirurgical, M. P._____ souffre des problèmes de santé suivants, dont une bonne partie sont d'ailleurs consécutifs à sa fracture :

- 1) Obésité : En janvier 2012, M. P._____ pesait, selon mon dossier, 91.8 kg. Actuellement, il en pèse 104.7. Cette augmentation du poids fait très probablement suite à l'inactivité physique consécutive à l'accident. Et elle aggrave son cas, dans un cercle vicieux relatif tant aux douleurs de la cheville qu'aux lombalgies (cf infra).

- 2) Lombalgies constantes, mais avec des aggravations périodiques très invalidantes, faisant suite à une hernie discale L4-L5 postéro-latérale G avec luxation vers le bas d'un volumineux fragment (IRM du 1.11.2005, Dr [...], [...]). Certes, cette pathologie était préexistante à l'accident, mais elle en complique l'évolution : Lorsqu'on claudique à cause d'une pathologie du membre inférieur, on déséquilibre forcément la colonne vertébrale.
- 3) Syndrome des apnées du sommeil (SAS) aggravé par l'excès pondéral, traité - mais qui a néanmoins un impact sur la vigilance et le tonus du patient.
- 4) Troubles de l'équilibre faisant suite à l'ensemble des éléments médicaux chirurgicaux et de médecine générale, ayant pour conséquence que n'importe quelle profession ne saurait être proposée sans danger au patient.
- 5) Troubles du métabolisme aggravés par l'inactivité physique : HTA, hypercholestérolémie, pré-diabète...
- 6) Last but not least, apparu dès fin 2017, état dépressif, toujours en traitement par moi-même, avec irritabilité, oublis et troubles de la concentration, tristesse, troubles du sommeil... [...]" ;

- un « consilium approfondi » du 26 juin 2018 dans lequel les Drs A.A._____ et F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, tous deux médecins de la Clinique [...] à [...], ont posé les diagnostics suivants :

- “• Status après fracture du dôme talien et fracture ouverte du pilon tibial droit Gustilo II le 08 mai 2012
- Status après débridement de la fracture ouverte du tibia droit et stabilisation de la cheville par fixateur externe droit le 08 mai 2012 (CHUV, Lausanne)
- Status après ablation du fixateur externe, réduction ouverte et ostéosynthèse du tibia distal à droite par une double ostéosynthèse, greffe de Thiersch et mise en place d'une attelle plâtrée le 21 mai 2012 (CHUV, Lausanne)
- Status après ablation du matériel d'ostéosynthèse du tibia droit et arthrodèse tibio-talienne par clou rétrograde trans-calcanéen à droite le 11 mars 2013 (CHUV, Lausanne)
- Status après ablation du matériel d'ostéosynthèse (clou trans-calcanéen) et ostéotomie d'extension du tibia distal droit ainsi arthrodèse péronéo-tibiale distale le 17 septembre 2015 (Dr L._____, Morges)
- Atteinte distale mixte du nerf péronier superficiel droit à prédominance sensitive
- Lombalgie chronique sur status après diagnostic d'une hernie discale L4-L5 et discopathie L3-S1 (premier diagnostic en 2005)
- Hypertension artérielle
- Hypercholestérolémie
- Syndrome d'apnée du sommeil appareillé
- Obésité avec un BMI à 35.6 kg²”

Sous la rubrique « appréciation » de leur rapport, les Drs A.A. _____ et F. _____ se sont exprimés notamment comme suit sur l'état de santé de l'assuré :

"[...]

Lors de l'examen de ce jour, le patient ne se plaint pas particulièrement de douleurs lombaires au quotidien. A noter, anamnestiquement, que ces douleurs lombaires étaient présentes dans les années 2005 à 2012 sous forme de douleur lombaire chronique. Le patient n'a toutefois pas consulté pour ces douleurs lombaires et a pu poursuivre son activité professionnelle de maçon en prenant occasionnellement des anti-inflammatoires pour calmer les symptômes.

Une reprise de son activité professionnelle dans sa profession initiale de maçon n'est plus réalisable en raison de la situation défavorable de la cheville et de son pied droit. De ce côté-là, persistent des douleurs de type neuropathiques et un examen neurologique approfondi permettrait peut-être de mettre en évidence ou d'exclure un syndrome du tunnel tarsien, qui pourrait en tout cas expliquer une partie des douleurs neuropathiques résiduelles.

Sur le plan orthopédique, cette position encore défavorable de l'arrière-pied avec la persistance d'un varus et d'un équin au niveau de la cheville contribuent certainement en partie aux douleurs résiduelles et à la gêne fonctionnelle présentées par le patient. De ce côté-là, une nouvelle ostéotomie de correction, tant au niveau du calcaneum (ostéotomie de latéralisation) qu'au niveau de la cheville, permettrait d'obtenir une position plus anatomique du pied à la marche. Une telle correction n'offre toutefois pas de garantie absolue sur la diminution [des] douleurs présentées par le patient.

En ce qui concerne le problème lombaire, un examen approfondi chez un spécialiste du rachis devrait être également réalisé, ceci afin de déterminer l'importance de ce problème et les répercussions éventuelles sur une activité professionnelle adaptée. Avant la réalisation d'un tel examen, il n'est pas possible de se prononcer sur la réelle capacité de travail du patient, même dans une activité adaptée avec réduction des charges sur son pied droit.

Afin de mieux objectiver la situation au niveau du pied et de la cheville droite, un examen Spect-CT de la cheville droite devrait également être réalisé afin de mieux déterminer les zones de charge et de confirmer la consolidation au niveau de l'articulation sous-astragalienne, qui semble incomplète sur les clichés radiologiques standards. [...]" ;

- une décision du 6 juillet 2018 du Service de l'emploi, Instance juridique chômage à [...], constatant son inaptitude au placement à compter du 1^{er} juin 2018.

Au terme de sa duplique du 30 août 2018, l'intimée maintient sa position tendant au rejet du recours, avec la précision que les pièces

médicales produites par le recourant ne sont pas susceptibles de rediscuter le bien-fondé des limitations fonctionnelles retenues au plan orthopédique, lesquelles restrictions permettent l'exercice d'une activité adaptée à plein temps par l'intéressé.

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 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 du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile 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) Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 15 février 2018, à estimer que le cas de l'assuré était stabilisé et à octroyer une rente d'invalidité de 23 % à compter du 1^{er} décembre 2017. Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (IPAI) n'est pas contesté.

b) On précisera que les modifications introduites par la novelle 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 de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

3. Dans un grief qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu au motif qu'avant de statuer en connaissance de cause sur son cas, l'autorité intimée était tenue de lui laisser l'occasion de produire un rapport d'expertise médicale privée.

a) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

b) Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait

incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées).

c) En tant que le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu en lien avec la production du rapport d'expertise privée annoncée dans son opposition, il sied de relever que, en tout état de cause, le grief formel est mal fondé. En effet, les pièces médicales versées au dossier permettaient à l'intimée de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, si bien que la mise en œuvre de l'expertise privée s'avérait (et s'avère ; cf. consid. 7 infra) superflue.

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, et sous réserve de dispositions spéciales de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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).

b) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de

travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 9C_219/2013 du 13 septembre 2013 consid. 3.1).

Il importe pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

Une valeur probante doit également 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 p. 353 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

5. En l'espèce, le litige porte d'abord sur la stabilisation de l'état de santé du recourant, lequel conteste, au stade de la réplique, le fait que l'intimée était en droit de passer au régime de la rente à compter du 1^{er} décembre 2017.

a) A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente 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, 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.

De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (TF 8C_403/2011 du

11 octobre 2011 consid. 3.1.1 ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées). Le droit à la prise en charge des traitements médicaux et des indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6.2).

Le texte de la disposition légale ne décrit pas ce qu'il faut entendre par « sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré ». Pour qu'une amélioration sensible soit possible, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail pour ce qui est des conséquences de l'affection assurée. Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (ATF 134 V 109 consid. 4.1). Il ne suffit pas que le traitement médical laisse présager une amélioration sensible de peu d'importance (ATF 134 V 109 consid. 4.3).

b) Il ressort en l'occurrence du dossier que l'affection orthopédique du recourant à son membre inférieur droit (MID) remontant à mai 2012 s'est améliorée jusqu'à sa stabilisation au plus tard le 1^{er} décembre 2017, comme l'a retenu à juste titre l'intimée. Compte tenu des différentes prises en charge (physiothérapie, ergothérapie, ateliers professionnels, atelier pied et chaussure, consultation de podologie) dont a bénéficié l'assuré depuis la dernière intervention du 17 septembre 2015, les Drs K._____ et I._____ ont constaté que la situation était stabilisée du point de vue médical et que des limitations fonctionnelles définitives pouvaient être posées. Ces spécialistes ont dès lors retenu que l'intéressé devait éviter la marche en terrain irrégulier, les ports répétés de charges supérieures à quinze kilos ainsi que le maintien de la position accroupie ou à genoux (rapport du 3 février 2017 p. 5 [pièce 233]). Ces constatations ont ensuite été partagées et affinées par le médecin-conseil de la CNA (le Dr H._____) au terme de son examen final du 17 mai 2017. Ce spécialiste en chirurgie orthopédique a complété les limitations

fonctionnelles retenues à la CRR. Ainsi, s'il a admis que l'assuré était tenu d'éviter la marche en terrain irrégulier, le Dr H._____ a également précisé que ce dernier devait éviter la marche prolongée. S'il a également partagé l'avis selon lequel l'intéressé devait éviter le port de charges excédant quinze kilos, le médecin-conseil a ajouté que l'assuré devait en outre éviter la montée ou la descente répétée d'échelles, d'escaliers ou d'échafaudages. Enfin, si le Dr H._____ a également reconnu que les travaux accroupis ou à genoux étaient contre-indiqués, il a tenu à relever que la position statique prolongée n'était pas compatible avec les séquelles de l'accident du 8 mai 2012. Se fondant sur les constatations des médecins de la CRR à l'automne 2016 et sur les résultats de son propre examen clinique de mai 2017, le Dr H._____ - suivi quelques mois plus tard par la CNA dans sa décision - a estimé que dans une activité adaptée respectant l'ensemble des restrictions énoncées, l'assuré disposait d'une capacité de travail entière (rapport final du 17 mai 2017 p. 9 [pièce 248]).

c) Le recourant soutient, au stade de la réplique, présenter « d'autres limitations à une potentielle réinsertion » en affirmant que son cas n'est pas stabilisé sur le plan médical. Or le seul fait que les Drs A.A._____ et F._____ préconisent encore d'autres examens, voire des interventions, ne permet pas d'inférer pour autant qu'un traitement médical aurait apporté une amélioration sensible au moment - déterminant en l'occurrence (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 121 V 362 consid. 1b p. 366 et les références) - où la décision sur opposition litigieuse a été rendue. A l'examen des rapports qu'il produit, le recourant n'amène aucun élément nouveau susceptible de remettre en cause l'évaluation de sa capacité de travail par les médecins de la CRR, respectivement par le Dr H._____. Les pièces médicales déposées font certes mention de diverses affections médicales actuelles. Ces atteintes (obésité, lombalgies préexistantes, apnées du sommeil, troubles de l'équilibre et du métabolisme et état dépressif) ne sont toutefois pas imputables aux seules suites de l'accident de mai 2012. Sur le plan strictement orthopédique, on constate, après stabilisation de l'état de santé, que les seules séquelles physiques laissées par l'accident ne sont

pas de nature à fonder une incapacité de travail médicale, à tout le moins pas dans le cadre d'une activité adaptée, avec la précision que la profession habituelle de maçon n'est plus exigible. Une éventuelle ostéotomie de correction (précisément une ostéotomie de latéralisation) sans garantie absolue de diminution des douleurs (cf. rapport du 28 juin 2018 des Drs A.A. _____ et F. _____ p. 4), ne saurait, pour l'heure, mettre en cause les observations médicales du Dr H. _____ selon lesquelles le recourant était apte à reprendre un travail adapté à plein temps dès le 1^{er} décembre 2017. En tout état de cause, ces dernières constatations – intégralement suivies, partagées et reprises ensuite par la CNA dans sa décision – et dont les conclusions, bien motivées, ne sont pas mises en doute, même faiblement, par d'autres rapports médicaux, ont ainsi pleine valeur probante. Il convient donc de se rallier aux constatations et conclusions du Dr H. _____ et de retenir avec la CNA que le cas est stabilisé, de sorte qu'il y a lieu de passer à l'examen du droit à la rente.

6. La stabilisation du cas ouvre le droit du recourant à l'octroi d'une rente d'invalidité, pour autant que son degré d'invalidité dépasse 10 %. Il s'agit dès lors de procéder au calcul du préjudice économique et du degré d'invalidité présenté par celui-ci.

a) Chez les assurés actifs – soit les assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à plein temps –, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Selon l'art. 16 LPGa, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. également : TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 3^{ème} éd., Bâle 2016, n° 229 p. 977).

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

b) 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 ; dans la mesure où ils 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 (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 229 p. 977).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

c) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé ; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1).

En l'espèce, le recourant ne remet pas en cause le revenu hypothétique sans invalidité. On notera à cet égard que selon les données fournies par l'ex-employeur (cf. courrier du 12 avril 2017), l'assuré exerçait une activité lucrative en qualité de « [...] » auprès d'A. _____ SA à raison de 41,5 heures par semaine. Se fondant sur les données ainsi recueillies, l'intimée a retenu une activité à plein temps moyennant un salaire déterminant (2017) de 80'160 fr. (ou 6'680 fr. x 12). Ce revenu, au demeurant non contesté par l'assuré, peut être confirmé.

d) 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 lucrative ou alors une activité ne correspondant pas à l'exigibilité - le revenu d'invalidé 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 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3).

La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données extraites de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidé, 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 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 240 p. 980).

En l'occurrence, outre la quotité de sa capacité de travail résiduelle, le recourant conteste l'un des autres éléments (choix des DPT) permettant de calculer le revenu d'invalidé (second terme de la comparaison de l'art. 16 LPGA). Il nie que son état de santé lui permit d'assumer un seul des postes de travail, tels que figurant dans les cinq DPT retenues par la CNA. Ce faisant, il critique les cinq DPT prises en

considération par l'intimée, dont le revenu mensuel moyen est de 61'545 fr. (part au 13^{ème} salaire y compris), soit 5'129 francs. Il estime ainsi que les postes DPT 5828, 11576 et 796620 (collaborateur de production), 4564295 (employé de montage) et 8452 (fabricant d'instruments de mesure) nécessiteraient une « certaine dextérité dans le travail manuel de précision » alors que son second passage aux ateliers professionnels de la CRR a précisément mis en évidence des difficultés lors de travaux exigeant une certaine minutie où il a été relevé que « les activités sont généralement finalisées dans des temps supérieurs aux normes admises, avec une qualité des produits rendus en-dessous des normes habituelles » et que « au vu des observations et des facteurs limitants [port de charges très légères et contraintes limitées, position debout statique durant quelques minutes et celle assise durant près de nonante minutes ainsi que des déplacements à l'aide de deux cannes anglaises], les capacités d'intégration sont relativement faibles ». Il se plaint en outre de l'éloignement des postes retenus qui ne correspondraient plus à ses limitations de déplacement. A ses yeux, ses difficultés « théoriques » se concrétisent dans la réalité, l'entreprise A. _____ SA ayant ainsi été contrainte de le licencier faute d'avoir pu lui trouver un poste adapté au sein de la société.

En l'occurrence, aucun élément ne vient toutefois confirmer ces griefs. Le recourant se focalise sur les limitations fonctionnelles retenues à savoir éviter le port de charges de plus de quinze kilos, dès lors qu'il n'a porté que des charges jusqu'à cinq kilos en atelier. A cet égard, on peut relever d'emblée que les descriptions de postes de travail retenues concernent uniquement des postes avec des charges n'excédant pas cinq kilos (pièce 264 pp. 6, 10, 14, 18 et 22).

Lors du second passage aux ateliers professionnels de la CRR, les auteurs du rapport du 7 novembre 2016 ont relevé notamment que l'assuré « se dit actuellement engagé dans sa récupération et ne pense pas que ce soit le bon moment pour réfléchir à la recherche d'un nouvel emploi adapté ». Lors de cette évaluation en atelier, l'intéressé n'était pas prêt à s'impliquer complètement dans le processus de réadaptation avec

pour conséquence que la vitesse d'exécution n'était pas motivée sur le plan médical, respectivement par l'atteinte à la cheville droite. Le rendement global assez faible ne semblait pas être justifié par l'atteinte au membre inférieur droit, ni par des difficultés de motricité fine, le rapport en question précisant à cet égard que l'assuré ne rencontrait aucune difficulté (cf. pièce 233 p. 14). Selon la jurisprudence, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (TF 9C_790/2015 du 22 juin 2016 consid. 6.2, 8C_214/2014 du 8 avril 2015 consid. 5.2, 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 4.3 et 9C_854/2010 du 30 décembre 2010 consid. 3.2 et les références citées). En l'espèce et quoiqu'en dise le recourant, les informations recueillies au cours du stage d'observation à la CRR à l'automne 2016 ne sauraient par conséquent supplanter les appréciations médicales au dossier et en particulier le rapport d'examen final du Dr H._____ postérieur, lequel document conserve donc pleine et entière valeur probante (cf. consid. 5c supra).

Le grief relatif à l'éloignement des postes retenus n'est pas relevant dans la mesure où le Dr H._____ indique dans son rapport final du 17 mai 2017 que la conduite automobile reste accessible au recourant « sur des petits trajets » et que même si tel ne devait pas être le cas sur des distances plus longues, l'usage des transports publics reste alors accessible sans aucune restriction.

Le revenu d'invalidé a été évalué sur la base des descriptions de postes de travail récoltées au dossier qui sont conformes aux limitations fonctionnelles retenues et ne sont dès lors pas critiquables, cette documentation servant à estimer le revenu d'invalidé sur la base de possibilités d'emplois concrets et exigibles. Conformément à la jurisprudence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF U 81/2005 du 14 juin 2006 consid. 3.2), l'autorité intimée a produit cinq DPT, elle a communiqué le

nombre total de postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap ainsi que le salaire le plus haut et le plus bas et aussi le salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Pour le surplus, aucun abattement ne peut être effectué sur le revenu avec invalidité établi sur la base des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). De même, les facteurs étrangers à l'accident ne pouvant être pris en compte dans l'estimation de l'invalidité (ATF 107 V 21 consid. 2c), le manque de formation, l'âge ou le manque de maîtrise de la langue française ne sont pas des facteurs médicaux susceptibles d'entraver l'exercice d'un emploi adapté à l'état de santé du recourant.

Enfin et pour autant que de besoin, on rappellera ici que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents ne requiert pas d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage – la notion de marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA) se limitant à déterminer si l'assuré pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (cf. consid. 6a supra).

e) En ce qui concerne le calcul de la rente d'invalidité, le recourant n'invoque au final aucun argument concret susceptible de valablement rediscuter le bien-fondé de l'instruction menée par la CNA.

Après comparaison des revenus sans (80'160 fr.) et avec invalidité (61'545 fr.), il en résulte ainsi un degré d'invalidité de 23 % ouvrant le droit à la rente de l'assurance-accidents dès le 1^{er} décembre 2017 (cf. art. 18 al. 1 LAA).

7. Sur le vu de ce qui précède, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause sur ses aspects médicaux. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise médicale judiciaire formulée en ce sens par le recourant le 13

juillet 2018 doit dès lors être rejetée (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc).

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 15 février 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Nicolas Gillard (pour P. _____),
- Me Olivier Derivaz (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :