

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 décembre 2014

Présidence de M. MERZ
Juges : M. Neu et M. Gerber, juge suppléant
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

H. _____, à Orbe, recourant,

et

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

Art. 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA; 8, 16 et 17 LPGA

E n f a i t :

A. H._____, né en 1956, (ci-après : l'assuré ou le recourant) était employé comme carreleur depuis 1984 par l'entreprise S._____ à A._____ et, à ce titre, assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

a) Le 28 juin 1990, l'assuré a eu un accident de voiture en Espagne. Il a subi une contusion thoracique et une fracture bi-malléolaire des deux chevilles qui a été réduite par ostéosynthèse le 3 janvier 1991. Selon le rapport médical du 23 juin 1993 du Dr D._____, médecin d'arrondissement suppléant de la CNA, la cheville gauche avait guéri sans séquelle, tandis que la cheville droite était douloureuse à la marche et rendait celle-ci difficile sur terrain inégal; il y avait une claudication droite par manque de déroulement de la cheville, une tuméfaction de la cheville et une limitation fonctionnelle ainsi qu'une atrophie de la musculature du mollet droit.

Par décision du 22 juillet 1993, la CNA a accordé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % en raison d'une arthrose moyenne de l'articulation supérieure et inférieure de la cheville droite.

L'assuré a bénéficié d'une formation de chauffeur poids lourd comme reclassement professionnel à charge de l'assurance-invalidité.

Par décision du 20 mai 1996, la CNA a accordé à l'assuré une rente d'invalidité de 25 % dès le 1^{er} décembre 1995. Ce taux d'invalidité reposait sur la comparaison entre un revenu mensuel sans invalidité de 5'800 fr. et un revenu avec invalidité dans la profession de chauffeur de poids lourds de 4'300 fr. (part au 13^{ème} salaire incluse).

b) Le 3 avril 1997, l'assuré a annoncé une rechute de l'accident du 28 décembre 1990. Le 20 juin 1997, un toilettage articulaire de la cheville droite a été réalisé. Selon le rapport médical du 21 octobre 1997 du Dr Q._____, médecin d'arrondissement de la CNA, la rente d'invalidité de 25 % octroyée à l'assuré se fondait sur le gain qu'il aurait pu réaliser dans une activité qui n'était pas du tout adaptée aux séquelles de l'accident du 28 décembre 1990, lesquelles réclamaient un travail léger, de type industriel, sans port de charges importantes et ne nécessitant pas de longues déambulations. Le 14 septembre 1998, le Dr Q._____ a invité le médecin traitant de l'assuré à procéder à une arthrodèse de la tibio-astragaliennne qui lui paraissait raisonnable du strict point de vue médical. Dans un rapport du 30 octobre 1998, le Dr Q._____ a constaté que l'assuré avait renoncé à se faire opérer; il a relevé qu'une capacité de travail de 50 % était tout à fait correcte au vu des séquelles présentées dans l'activité menée par l'assuré, à savoir celle de carreleur indépendant, travaillant seul, mais une pleine capacité de travail était tout à fait envisageable dans une activité légère de type industriel, sans port de charges importantes et ne nécessitant pas de longues déambulations. Par lettre du 10 décembre 1998, la CNA a mis fin au paiement temporaire des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 1998. Par lettre du 7 avril 1999, la CNA a refusé de modifier la rente au motif qu'il n'y avait pas eu d'aggravation de l'état de santé de l'assuré.

L'assuré est allé travailler en Espagne entre 1999 et 2008, depuis 2001 comme indépendant exploitant une petite entreprise de maçonnerie et de carrelage.

c) Une nouvelle rechute datant du 24 septembre 2002 a été annoncée à la CNA avec incapacité totale de travail. Selon un rapport médical non daté de l'Hôpital de [...] en Espagne, des radiographies ont mis en évidence une grave arthrose tibio-péroné-astragaliennne; la fracture était mal consolidée avec déviation de la malléole tibiale et de la malléole du péroné, ce qui occasionnait des "incohérences" articulaires manifestes, ainsi qu'une grave instabilité de la cheville; le seul traitement médical

serait une arthrodèse de l'articulation tibio-péroné-astragaliennne. Le 4 mars 2003, l'assuré a annoncé que le traitement médical était terminé. Il ne s'est pas soumis à l'opération chirurgicale préconisée.

d) Le 22 septembre 2011, l'entreprise J._____ à [...], auprès de laquelle l'assuré travaillait à temps complet comme maçon-carreleur depuis le 18 mai 2009, a annoncé une rechute de l'accident du 28 décembre 1990 impliquant une incapacité totale de travail depuis le 6 septembre 2011.

Le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur auprès des Etablissements hospitaliers P._____ (ci-après : P._____), a examiné l'assuré le 22 septembre 2011. Dans son rapport médical du 4 novembre 2011, il a diagnostiqué, sur la base d'un bilan radiologique, une arthrose post-traumatique avancée des deux chevilles, nettement plus marquée à droite qu'à gauche. L'incapacité de travail était motivée par les douleurs et l'impotence fonctionnelle.

L'assuré a été équipé de chaussures orthopédiques.

L'assuré a repris le travail le 1^{er} décembre 2011 pour deux jours. Le 6 décembre 2011, un nouvel arrêt complet de travail a été ordonné par son médecin traitant, la Dresse F._____, spécialiste en médecine interne générale. L'entreprise J._____ a licencié l'assuré le 5 décembre 2011 pour fin février 2012.

Le 2 mai 2012, l'assuré a été examiné par les Drs T._____ et I._____, respectivement médecin chef et chef de clinique adjoint du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier Y._____ (ci-après : V._____). Selon le rapport médical du 8 mai 2012 du Dr I._____, les radiographies ont confirmé un status dégénératif de l'articulation tibio-astragaliennne avec un pincement de l'interligne articulaire interne et une fusion de syndesmose péronéo-tibiale. Etant donné la forte corpulence de l'assuré ainsi que son travail manuel et lourd,

les médecins lui ont proposé plutôt une prise en charge chirurgicale consistant en une arthrodèse tibio-astragalienne à droite. L'assuré a donné son accord, l'opération étant prévue pour janvier 2013.

En raison des délais opératoires, la CNA a décidé d'adresser l'assuré au Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin-chef à l'Hôpital de [...]. Celui-ci a examiné l'assuré le 27 août 2012, sans connaissance du dossier autre que le dossier radiologique fourni par l'assuré. Vu les gênes et le bilan radiologique, le Dr N._____ a estimé qu'il y avait une claire indication à proposer une arthrodèse tibio-talienne droite versus la mise en place d'une prothèse totale de la cheville. L'assuré a demandé à réfléchir avant de planifier l'intervention.

Le 16 juin 2012, l'assuré s'est annoncé à l'assurance-invalidité.

Le 8 octobre 2012, l'assuré a été réexaminé par le Dr N._____. Le status était inchangé. L'assuré a déclaré qu'il souhaitait éviter pour l'instant tout geste chirurgical. Ayant déposé une demande de reconversion professionnelle, il pensait plutôt effectuer une telle reconversion pour pouvoir soulager les douleurs à l'effort au niveau de l'articulation tibio-talienne droite.

Selon le rapport médical du Dr Q._____ du 16 novembre 2012, la marche s'effectuait avec une petite boiterie d'épargne. Objectivement, les chevilles étaient modérément élargies, peu mobiles. La mobilité de la tibio-talienne était limitée des deux côtés, surtout à droite. Les sous-taliennes étaient modérément enraidies. Il y avait une légère amyotrophie du mollet droit, mais la force musculaire était conservée. Les radiographies de la cheville droite montraient une arthrose grave de la tibio-talienne avec une quasi disparition de l'interligne articulaire. On notait également une fusion de la syndesmose péronéo-tibia et de gros ostéophytes de part et d'autre de l'astragale. A gauche, il y avait aussi une arthrose débutante, mais l'interligne articulaire était beaucoup mieux conservé. Du point de vue thérapeutique, le Dr Q._____ ne pensait pas que l'assuré gagnerait quelque chose à avoir sa cheville bloquée.

D'ailleurs, l'absence d'intervention chirurgicale évoquée dès 1998 n'avait pas empêché l'assuré de travailler dans toute la mesure de ses possibilités pendant les quatorze dernières années. Les limitations fonctionnelles étaient les charges moyennes, la station debout prolongée et les longs trajets, surtout en terrain accidenté. Dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail restait entière. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, un taux de 15 % pouvait être retenu pour la cheville droite, la situation - du point de vue fonctionnel - paraissant comparable à une arthrodèse de la tibio-talienne. A ces 15 % il convenait d'ajouter 5 % en raison d'une arthrose débutante de la cheville gauche et 2,5 % en prenant en compte la bilatéralité des lésions. L'atteinte à l'intégrité totale se montait ainsi à 22.5 %, dont 15 % avaient déjà été versés.

Par décision du 14 août 2013, la CNA a accordé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 6'120 fr. pour un surplus de 7.5 % par rapport à l'indemnité déjà accordée le 22 juillet 1993 pour une atteinte à l'intégrité de 15 %. Elle a aussi mis fin pour le 31 août 2013 au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière.

e) L'assuré a suivi un stage d'ouvrier communal auprès de la Commune de L._____, dont les frais ont été pris en charge par l'assurance-invalidité au titre d'orientation professionnelle à partir du 16 septembre 2013. Une incapacité totale de travail a été certifiée par le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale, à partir du 12 octobre 2013. Le 18 octobre 2013, lors d'un entretien téléphonique avec la CNA, l'assuré a déclaré que l'activité d'ouvrier communal n'était pas adaptée aux séquelles de son accident, de sorte que ses pieds lui avaient fait mal et avaient gonflé. Dans son rapport médical du 1^{er} novembre 2013, le Dr K._____ faisait état d'une péjoration des douleurs aux chevilles des deux côtés en fin de journée.

Le 5 décembre 2013, la CNA a informé l'assuré par téléphone qu'elle n'allait pas reprendre le versement d'indemnités journalières car, selon les renseignements fournis par le Dr K._____, il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé.

Le 9 décembre 2013, le Dr K. _____ a certifié que l'état de santé de l'assuré s'était détérioré durant les derniers mois. L'arrêt complet de travail faisait suite à son accident de 1991 (recte : 1990) et à l'arthrose tibio-astragaliennne bilatérale développée par la suite.

Le 14 janvier 2014, la CNA a rendu une décision refusant l'octroi de nouvelles prestations au motif que les séquelles de l'accident ne s'étaient pas aggravées et que la reprise d'un traitement médical ne se justifiait pas. La CNA ne pouvait donc pas allouer d'autres prestations que la rente.

Le 22 janvier 2014, l'assuré a formé opposition à la décision du 14 janvier 2014.

L'assuré a été examiné par le Dr Q. _____ le 26 mars 2014. Il a déclaré à ce dernier qu'il était conscient que le stage comme employé polyvalent à la Commune de L. _____ (pendant lequel il était essentiellement debout) n'était pas adapté à son état de santé, mais qu'il n'avait rien trouvé d'autre. Il ne suivait plus de traitement médical à proprement parler, ni n'avait de suivi médical. Il vivait de sa rente invalidité de la CNA et de l'aide sociale. Lors de l'examen, la démarche à pieds nus s'effectuait avec une boiterie d'épargne du membre inférieur droit et une absence de déroulement du pas à droite. En station debout, l'assuré avait tendance à reporter la charge sur la jambe gauche. Il y avait une légère amyotrophie du mollet droit. Les chevilles étaient un peu élargies, mais il n'y avait pas d'hyperthermie, ni de tuméfaction notable. La mobilité de l'articulation tibio-taliennne était inchangée, limitée surtout à droite. L'articulation sous-taliennne, souple à gauche, était modérément enraidie à droite. Les avant-pieds étaient souples, mais douloureux à la sollicitation, surtout à droite. La force musculaire était conservée avec cependant des lâchages antalgiques à droite. Un examen radiologique réalisé le 26 mars 2014 a mis en évidence une arthrose grave de la tibio-taliennne à droite, débutante à gauche, sans grand changement par rapport à la situation qui prévalait en 2012. A droite, on notait également de

discrets signes d'atteinte de la médio-tarsienne, mais qui étaient déjà présents en 2012 également. Il n'y avait donc pas d'aggravation notable de l'état de santé et les conclusions prises à l'issue de l'examen du 16 novembre 2012 en termes de limitations fonctionnelles, d'exigibilité et d'atteinte à l'intégrité restaient d'actualité.

B. Le 31 mars 2014, la CNA a rendu une décision sur opposition par laquelle elle rejetait l'opposition et confirmait la décision du 14 janvier 2014. Elle a estimé que dès le 1^{er} septembre 2013 les prestations en espèces se limitaient à la rente en vigueur et que c'était à bon droit que la décision du 14 janvier 2014 avait refusé de reprendre le service d'indemnités journalières, aucun élément médical permettant de douter de l'avis du médecin d'arrondissement.

C. Par acte du 22 avril 2014, H. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 14 janvier 2014 et la décision sur opposition du 31 mars 2014 de la CNA. Il conclut implicitement à l'annulation des décisions attaquées pour défaut d'instruction et pour motivation contradictoire ainsi qu'à l'octroi d'une rente plus élevée. A titre de mesure d'instruction il requiert une expertise judiciaire par un expert neutre.

Par réponse du 2 juin 2014, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 31 mars 2014, sans frais.

D. Le dossier de l'assurance-invalidité a été produit dans la présente cause en date du 28 juillet 2014. Il en ressort notamment que par avis médical du 19 février 2013, le Dr B. _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité avait considéré que, même sans arthrodèse de la cheville gauche, la capacité de travail de l'assuré était pleine et entière depuis au moins le mois de juin 2012. Le 29 mai 2013, le Dr B. _____ a repris les conclusions résultant du rapport médical du 16 novembre 2012 du Dr Q. _____ et notamment l'évaluation de la capacité de travail comme entière dans une activité respectant les limitations

fonctionnelles, à savoir les charges moyennes, la station debout prolongée et les longs trajets surtout en terrain accidenté.

Par décision du 22 juillet 2013, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a refusé d'accorder une rente d'invalidité à l'assuré pour le motif que le degré d'invalidité n'était que de 18,49 % (revenu d'invalidé de 56'497 fr. 83 fixé sur la base des Enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, niveau 4, après abattement de 10 %; revenu sans invalidité de 69'282 fr.).

Le Tribunal a avisé les parties qu'elles pouvaient consulter le dossier de l'OAI et formuler des déterminations. Les parties ne se sont plus prononcées.

E n d r o i t :

1. a) Selon l'art. 1 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve des exceptions expressément prévues. L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision attaquée, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, était donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

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

(art. 2 al. 1 let. e LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Le recours a été interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente. Même s'il ne contient pas de conclusions expresses, contrairement à ce qui est exigé (art. 61 let. b LPGA; art. 79 al. 1 LPA-VD en relation avec l'art. 99 LPA-VD), le recours peut être compris – compte tenu du principe de la simplicité de la procédure (cf. art. 61 let a LPGA) – en ce sens que le recourant conclut implicitement à la modification de la décision attaquée en vue de l'octroi d'une rente d'invalidité plus importante. Il satisfait donc aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. Le litige porte uniquement sur la rente d'invalidité. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixée par décision du 14 août 2013 et la fin de la prise en charge des soins médicaux et du versement de l'indemnité journalière au 31 août 2013 ne sont pas contestées.

3. Le recourant demande la mise en oeuvre d'une expertise par un expert neutre au motif que l'intimée s'est fondée uniquement sur l'opinion de son médecin d'arrondissement pour rendre sa décision.

a) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en

pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 251 consid. 3a et les réf. citées; RAMA 2000, KV 124 p. 214).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 p.471; TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3).

b) Le recourant n'avance aucun motif susceptible de mettre en cause la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du Dr Q._____ dont les rapports du 16 novembre 2012 et du 26 mars 2014 ont une pleine valeur probante. Le fait que le Dr K._____, médecin traitant du recourant, ait attesté une incapacité totale de travail dès le 16 septembre 2012 ne suffit pas pour mettre en doute l'évaluation de la capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles définies par le Dr Q._____ le 16 novembre 2012. En effet, l'incapacité de travail attestée concernait un emploi d'ouvrier communal qui n'était pas conforme à ces limitations fonctionnelles. Il en va de même pour l'incapacité de travail ordonnée dès le 6 septembre 2011 par le Dr R._____ puis dès le 6 décembre 2011 par la Dresse F._____, car elles concernaient un emploi de maçon carreleur alors que le Dr Q._____ avait constaté dès le 30 octobre 1998 que cette activité ne respectait pas les limitations fonctionnelles de l'assuré.

Certes, le Dr K. _____ a déclaré le 9 décembre 2013 que l'état de santé du recourant s'était détérioré durant les mois précédents. Cette évaluation, non étayée, ne suffit pas pour mettre en doute l'appréciation contraire du Dr Q. _____ fondée sur un nouvel examen du recourant le 26 mars 2014 et une analyse détaillée.

Il s'y ajoute que le recourant a été examiné aussi par plusieurs spécialistes qui ont recommandé entre 1997 et 2012 une arthrodèse de l'articulation tibio-astragaliennne, traitement que le recourant a refusé. Le diagnostic posé par le Dr Q. _____ est pleinement compatible avec celui posé par le Dr R. _____ le 4 novembre 2011 et par les Drs T. _____ et I. _____ du V. _____ le 8 mai 2012.

La demande d'expertise doit donc être rejetée.

4. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 (art. 16 LPGA). Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 pp. 349 ss, 113 V 273 consid. 1a p. 275, 112 V 371 consid. 2b pp. 372 ss, 387 consid. 1b pp. 390 ss). La modification du taux d'invalidité est notable, lorsque ce taux augmente ou baisse de 5 points (ATF 133 V 545 consid. 6.2 p. 547)

5. Selon la jurisprudence, c'est la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision (ATF 133 V 108 consid. 5.4 p. 110). En l'espèce, il s'agit de la décision du 20 mai 1996. La communication du 7 avril 1999, par laquelle l'intimée a refusé de modifier la rente au motif qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré reposait certes sur une évaluation médicale par le médecin d'arrondissement, mais il ne ressort pas du dossier que l'intimée ait procédé à une comparaison des revenus.

6. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des deux revenus déterminants et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30, 104 V 135 consid. 2a et 2b pp. 136 ss). A cet égard, sont déterminants les rapports existant au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 128V 174).

Dans le cas particulier, la comparaison des revenus doit être effectuée compte tenu des circonstances de fait telles qu'elles se présentaient à la fin août 2013, lors de la fin des prestations provisoires (cf. art. 19 al. 1 LAA).

7. a) Selon la jurisprudence que la décision attaquée rappelle (ATF 129 V 472), la détermination du revenu d'invalidité sur la base des données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ci-après : 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.

En l'espèce ni la décision du 14 janvier 2014 ni la décision sur opposition attaquée ne mentionnent quels ont été les DPT sur lesquels l'intimée s'est fondée pour fixer le revenu d'invalidé. Elles ne contiennent en outre aucune des autres informations requises par la jurisprudence. Le 8 août 2013, l'inspecteur de la CNA a expliqué à l'assuré, lors d'un entretien au domicile de ce dernier, le principe de la comparaison des revenus. Dans la mesure où le document attestant le résultat de la recherche effectuée par l'intimée parmi les DPT date du 13 août 2013, il semble que ce résultat n'a pas été communiqué séparément au recourant. La motivation de la décision attaquée est dès lors insuffisante. Malgré la nature formelle du droit être entendu, cette insuffisance n'entraîne pas l'annulation de la décision attaquée, car il ressort clairement du dossier quels ont été les DPT retenus (DPT 658779, 3305, 5201, 7077 et 438406), quel était le nombre total des DPT entrant en ligne de compte (46), quel était le salaire le plus haut (66'920 fr.), quel était le salaire le plus bas (39'000 fr.) et la moyenne des salaires moyens (54'985 fr.). Le recourant ayant eu l'occasion de prendre connaissance du dossier et de prendre position sur les DPT retenues pendant la procédure de recours, la violation du droit d'être entendu découlant de la motivation insuffisante a été réparée en procédure de recours.

b) Il est incontesté que l'ancienne activité de maçon-carreleur ne respecte pas les limitations fonctionnelles reconnues au recourant. Il en va de même pour celle de chauffeur poids lourd (cf. rapport médical du Dr Q. _____ du 21 octobre 1997). Le litige porte dès lors sur la question de la capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), donc sur l'aptitude du recourant à travailler dans une activité adaptée.

aa) Pour pouvoir déterminer la capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour l'assuré, 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 125 V 261 consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, 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, 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'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité, exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_984/2008 du 4 mai 2009 consid. 4.1; TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

bb) En l'espèce, dans son rapport du 30 octobre 1998, le Dr Q._____ avait fixé les limitations fonctionnelles à une activité légère de type industriel, sans port de charges importantes et ne nécessitant pas de longues déambulations. Dans son rapport du 16 novembre 2012, le Dr Q._____ a étendu les limitations fonctionnelles aux charges moyennes et à la station debout prolongée.

Depuis son accident, le recourant n'a jamais exercé une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles. En particulier, l'échec du stage d'ouvrier communal auprès de la Commune de L._____ ne met pas en question l'appréciation des limitations fonctionnelles du recourant par le Dr Q._____, puisque le recourant avait lui-même reconnu que ce stage n'était pas conforme à ses limitations fonctionnelles. Celles-ci ne sont néanmoins pas à ce point importantes que l'activité exigible n'existerait pratiquement pas sur le marché du travail. Il est incontestable au contraire qu'il existe maintes activités professionnelles de type industriel qui sont exercées principalement en position assise et qui respectent ces limitations fonctionnelles. C'est donc à juste titre que la décision attaquée a reconnu au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

c) Deux des cinq DPT retenues concernent une activité exercée exclusivement en position assise (DPT 3305, 5201). Les trois autres impliquent de rares déplacements à pied sur une distance inférieure à 50 mètres, au maximum 5 % d'une journée soit environ une demie heure (DPT 658779, 7077, 438406). Ces trois DPT nécessitent au plus le port de charges très légères, soit inférieures à 5 kg. Il n'y a donc aucun élément induisant à penser que ces cinq DPT ne respectent pas les limitations fonctionnelles du recourant.

Conformément aux cinq DPT retenues, le revenu avec invalidité s'élève à 54'985 francs.

8. 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 de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente.

En l'espèce, le revenu sans invalidité a été fixé sur la base des renseignements fournis par l'entreprise J._____ le 2 mai 2013. Il ne s'agit pas à proprement parler du dernier salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, car l'atteinte à la santé déterminante reste l'accident du 28 juin 1990. L'entreprise S._____ à A._____, employeur de l'assuré à l'époque, a été dissoute par suite de faillite prononcée le 21 février 1995 par le président du Tribunal du district d'Orbe (FOSC 57 du 22 mars 1995). Certes, l'activité professionnelle exercée par le recourant auprès de l'entreprise J._____ (maçon-carreleur) s'apparente à celle de carreleur qu'il exerçait à l'époque auprès de l'entreprise S._____. Il ressort toutefois d'un rapport d'un inspecteur de la CNA du 14 mars 1996 que le recourant était chef d'équipe chez S._____ avant son accident, que son salaire horaire avant l'accident était en 1990 de 22 fr. 85 (avec un horaire moyen de 180 heures par mois, auxquels s'ajoutaient 8.5 % de droit aux vacances et 8.33% de 13^{ème} salaire) et que, selon la Fédération M._____, le recourant aurait eu droit en 1995 à 27 fr. 35 de l'heure.

Selon les informations fournies par J._____ le 2 mai 2013, le salaire horaire du recourant en 2013 aurait été de 29 fr. 70, avec un horaire hebdomadaire moyen de 41.5 heures (soit 2112 heures par an) et un 13^{ème} salaire de 8.3 %. Cela donnerait un revenu sans invalidité de 67'933 fr. par an et non de 67'952 fr. comme établi dans la décision attaquée. Il ressort cependant des indices de salaire nominaux établis par l'Office fédéral de la statistique que les salaires dans le domaine de la construction sont passés de 103.2 points d'indice (indice 1993 = 100) en 1995 à 125.5 points d'indice en 2013. Il faut en déduire que le salaire horaire du recourant chez J._____ était, après déduction de l'évolution des salaires, notablement inférieur à celui qu'il obtenait comme carreleur chef d'équipe chez S._____ à A._____ avant son accident. Annualisé, le revenu sans invalidité établi pour 1995 par l'intimée dans sa décision du 20 mai 1996 s'élevait à 69'600 fr. et était déjà supérieur, même sans indexation à l'évolution des salaires, au revenu hypothétique du recourant chez J._____ en 2013. Il y a ainsi des doutes substantiels que ce revenu hypothétique chez J._____ en 2013 corresponde à ce que le recourant aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il avait été en

bonne santé. Eu égard à la constatation du Dr Q._____ dans un rapport du 30 octobre 1998 qu'une capacité de travail de 50 % dans l'activité de carreleur indépendant travaillant seul était tout à fait correcte au vu des séquelles présentées dans cette activité par l'assuré, il faut présumer que le revenu obtenu par le recourant chez J._____ était influencé par sa capacité de travail réduite et n'était pas la conséquence d'un libre choix de ne pas exploiter pleinement sa capacité de gain. Or, le dossier ne permet pas de déterminer si les particularités de l'activité du recourant chez J._____ permettraient de réfuter cette présomption.

Dans la mesure où le dossier ne permet pas non plus d'établir de la manière la plus concrète possible le revenu sans invalidité du recourant dans la profession de carreleur en raison de l'absence d'informations précises sur l'évolution des revenus dans cette profession dans le canton de Vaud depuis 1995, il n'est pas possible de statuer sur le bien-fondé du taux d'invalidité retenu dans la décision attaquée. Celle-ci doit donc être annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

9. Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. Le recourant, qui obtient gain de cause en agissant seul, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition du 31 mars 2014 est annulée et la cause renvoyée à la Caisse nationale suisse d'assurance en

cas d'accidents pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

Le président :

La greffière :

Du

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

- H. _____, à Orbe,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :