

VD_FINDINFO AA 170/18 - 135/2019 vom 24. Oktober 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-10-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_170_18_-_135_2019

FR: VD_FINDINFO AA 170/18 - 135/2019 du 24 octobre 2019

IT: VD_FINDINFO AA 170/18 - 135/2019 del 24 ottobre 2019

Regeste

MALADIE PROFESSIONNELLE, AA, RENTE D'INVALIDITÉ, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, TRAITEMENT{EN GÉNÉRAL} | 10 LAA, 18 al. 2 LAA, 24 LAA, 9 al. 3 LAA, 16 LPGA, 4 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, annexe 3 OLAA, 28 al. 3 OLAA, 36 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 24.10.2019 AA 170/18 - 135/2019

MALADIE PROFESSIONNELLE, AA, RENTE D'INVALIDITÉ, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, TRAITEMENT{EN GÉNÉRAL} | 10 LAA, 18 al. 2 LAA, 24 LAA, 9 al. 3 LAA, 16 LPGA, 4 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, annexe 3 OLAA, 28 al. 3 OLAA, 36 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 170/18 - 135/2019 ZA18.048421 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 24 octobre 2019 _____ Composition : Mme Durussel , président Mme Dessaux et M. Piguet, juges Greffier : M. Favez ***** Cause pendante entre : A. _____ , au [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Dérivaz, avocat à Martigny. _____ Art. 9 al. 1, 18 et 24 LAA ; art. 28 al. 3 et 36 OLAA ; E n f a i t : A. A. _____, né le 30 juin 1967, a travaillé comme poseur de sol depuis 1990 à 100 %, puis à 50 % de 2008 à 2010 en raison d'une polyarthrite rhumatoïde. La dernière année, il a bénéficié d'un travail plus administratif et technique à 50 % où il n'était plus exposé à la résine et au quartz (silice). A la suite de l'atteinte à la santé dont il a été victime, A. _____ a bénéficié des prestations de l'assurance-invalidité. Par décision du 14 mai 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a alloué à l'assuré une demi-rente de l'assurance-invalidité du 1 er mars 2006 au 28 février 2007, une rente entière du 1 er mars 2007 au 31 mai 2007, puis une demi-rente dès le 1 er juin 2007. L'OAI a considéré que, selon les renseignements médicaux à sa disposition, l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 100 % du 24 mars 2005 au 30 mai 2005, de 50 % du 31 mai 2005 au 30 novembre 2006 et de 100 % dès le 1 er décembre 2006. Après réexamen de la situation de l'intéressé et par décision du 4 juin 2010, l'OAI a alloué une rente entière dès le 1 er janvier 2010 (degré d'invalidité : 100 % du 1 er janvier 2010 au 31 mars 2010 et de 80 % dès le 1 er avril 2010). L'OAI a retenu une incapacité de travail de 100 % du 7 septembre 2009 au 31 décembre 2009. Depuis le 1 er janvier 2010, une capacité de travail dans une activité adaptée était encore admise à hauteur de 20 %. L'assuré a été hospitalisé au Centre hospitalier E _____ du 30 août au 8 septembre 2016 en raison d'une insuffisance respiratoire hypoxémique sur pneumonie communautaire du lobe moyen droit avec un

diagnostic différentiel d'exacerbation pulmonaire d'une maladie de système et de sarcoïdose chez un patient avec une atteinte pulmonaire évoluant depuis 2010 avec de multiples adénopathies (rapport du 25 septembre 2016 des Drs O. _____, chef de clinique et spécialiste en médecine interne générale ainsi qu'en médecine intensive, et P. _____, médecin-assistante). Dans un rapport du 25 avril 2017 à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la Caisse ou la SUVA), le Dr B. _____, spécialiste en médecine du travail et en pneumologie et chef de clinique, et la Dre C. _____, médecin-assistante, tous deux à l'Institut H. _____ (ci-après : l'Institut H. _____) de la Polyclinique D. _____ (ci-après : la Polyclinique D. _____) du Centre hospitalier E _____ (ci-après : le Centre hospitalier E _____), ont demandé l'ouverture d'un dossier en vue d'une déclaration de maladie professionnelle. Ces médecins ont joint à leur demande leur rapport du même jour notamment adressé au Prof. G. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie à l'Hôpital N. _____. Il ressort de l'appréciation des Drs B. _____ et C. _____ que l'assuré avait été exposé durant vingt ans à la poussière de quartz entraînant un très probable syndrome de Caplan, soit une silicose pulmonaire accompagnée d'une polyarthrite rhumatoïde déjà diagnostiquée en 2005. L'anamnèse médicale permettait d'identifier, s'agissant des symptômes respiratoires, une toux sèche et une dyspnée à l'effort avec rythmicité professionnelle et disparition des symptômes durant les week-ends et les vacances présentes à la fin de l'année 2007. Un scanner thoracique datant de 2010 montrait en outre une pneumopathie interstitielle diffuse micronodulaire. Ils ont indiqué que l'intéressé avait subi une exposition massive à la poussière de quartz durant vingt ans sans équipement de protection individuelle et précisé avoir mis en place un plan de vaccination ad hoc. Les médecins de l'Institut H. _____ ont en outre préconisé un suivi clinique et radiologique en raison du risque de cancer broncho-pulmonaire. Dans un rapport du 24 juillet 2017, le Prof. G. _____ a indiqué suivre l'assuré depuis le 10 mai 2005, date à laquelle il avait été adressé par son médecin traitant de l'époque, à la consultation ambulatoire de rhumatologie du Centre hospitalier E _____ pour des douleurs polyarticulaires apparues en mars 2005. A l'époque, il avait constaté une atteinte polyarticulaire aiguë qui ouvrait le diagnostic différentiel entre une polyarthrite rhumatoïde débutante et une arthrite virale. Un diagnostic final de polyarthrite rhumatoïde a ensuite été rapidement retenu. Il a précisé que la maladie était initialement discrètement séropositive avec un facteur rhumatoïde à la limite de la positivité. Il a ensuite précisé le diagnostic en retenant une polyarthrite rhumatoïde séropositive érosive avec quelques lésions au niveau radiologique. Dans le courant de l'évolution, il avait également identifié une tendance à la dyslipidémie et une hypertension artérielle. Il a en outre retenu un tabagisme chronique. Il a aussi rappelé qu'en 2010, l'assuré avait été atteint d'une bronchiolite inflammatoire à prédominance neutrophilique, à l'époque considérée dans le cadre de sa polyarthrite. Par rapport du 31 octobre 2017 au conseil du recourant, le Prof. G. _____ a indiqué que l'association entre la silicose et la polyarthrite rhumatoïde est connue de longue date sous le nom du syndrome de Caplan. Selon l'avis de ce spécialiste, ce sont des études récentes qui avaient démontré que, chez des individus susceptibles, l'environnement était un élément essentiel au déclenchement de la maladie rhumatismale. Selon l'état des connaissances, l'exposition professionnelle à la silice était associée à un risque de polyarthrite rhumatoïde. Dans le cas de l'assuré, il n'y avait aucune raison de penser d'un point de vue médical que cette exposition professionnelle n'avait pas eu d'effet néfaste et déterminant dans le déclenchement de sa polyarthrite rhumatoïde séropositive. Le

Prof. G. _____ considère que la probabilité est forte et probable, compte tenu des connaissances et de la littérature sur le risque associé à la silice, que la maladie de l'intéressé soit liée à l'exposition professionnelle aux poussières de quartz durant sa carrière professionnelle. A la demande de la division médecine du travail de la CNA, un consilium radiologique a été organisé par la Dre I. _____, spécialiste en radiologie au Centre hospitalier E _____, afin de préciser l'atteinte pulmonaire. Cette dernière a conclu à une probable silicose pulmonaire sur la base des constatations radiologiques au niveau médiastinal et parenchymateux pulmonaire (rapport du 22 décembre 2017). Par appréciation médicale du 4 janvier 2018, le Dr J. _____, spécialiste en médecine du travail et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a proposé de retenir « une maladie professionnelle (au sens de l'article 9.1 LAA, annexe 1/2 b OLAA, en l'occurrence un syndrome de Caplan (association d'une silicose pulmonaire et d'une polyarthrite rhumatoïde) secondaire à une ancienne exposition professionnelle à des poussières de quartz. » Il a en outre requis un complément d'informations médicales au Prof. G. _____, notamment s'agissant de la capacité de travail. Le même jour, la CNA a informé l'assuré qu'elle lui allouait les prestations d'assurance légales pour les suites de sa « maladie professionnelle du 1^{er} janvier 2007. » Le Prof. G. _____ s'est déterminé par rapport du 2 février 2018. S'agissant du traitement, ce spécialiste a indiqué que son patient avait bénéficié de tous les traitements conventionnels et biologiques disponibles sur le marché pour la polyarthrite rhumatoïde, ceci avec une réponse partielle ou pas de réponse du tout, et même quelques complications. Il a posé un pronostic mauvais chez un patient pour lequel il n'y avait pas d'alternative thérapeutique et chez qui le dernier traitement actuel n'apportait qu'une réponse partielle. Le Prof. G. _____ a estimé que son patient ne disposait plus d'une capacité de travail résiduelle dans son ancienne activité ou dans une activité adaptée en raison d'une atteinte articulaire sévère touchant les quatre membres et des multiples limitations fonctionnelles qui en résultaient (pas de travail à l'extérieur, pas d'exposition au froid, à l'humidité, pas de mouvement répétitif, pas de port de charges, pas de travail en surélévation des bras, pas de travail à l'ordinateur répétitif, pas de station debout, etc.), ceci sans prendre en compte la fatigue et le problème pulmonaire. Dans une appréciation médicale du 22 février 2018, le Dr J. _____ a rappelé que l'assuré souffrait d'un syndrome de Caplan, reconnu comme maladie professionnelle par la CNA au mois de janvier 2018. Il a indiqué que l'assuré bénéficiait des prestations de l'assurance-invalidité. S'agissant du rapport du Prof. G. _____ susmentionné, le Dr J. _____ a considéré qu'il était exhaustif et convaincant, concluant que l'assuré n'avait plus aucune capacité de travail exploitable sur le marché de l'emploi. Il a requis la présentation d'un rapport annuel par le médecin traitant pour suivre le dossier. Dans une nouvelle appréciation médicale du 7 mai 2018, le Dr J. _____ a exposé que la polyarthrite était au premier plan et décrite comme sévère par le Prof. G. _____. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il a déclaré avoir discuté du cas avec les Drs K. _____, spécialiste en médecine du travail et en dermatologie et vénéréologie, et L. _____, spécialiste en médecine du travail et en chirurgie. Sur la base des éléments médicaux à leur disposition et de l'évolution prévisible au cours des cinq prochaines années, ils ont retenu un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité taux de 60 %. A la requête de la Caisse et par appréciation médicale du 27 juin 2018, le Dr J. _____ s'est prononcé sur la question du début de la maladie professionnelle. Il a précisé que l'atteinte couverte par l'assurance-invalidité ne relevait que de la polyarthrite rhumatoïde. Il a estimé que les premiers symptômes respiratoires remontaient à la fin de l'année 2007, l'assuré

étant alors connu pour un tabagisme chronique arrêté en 2012. Il a relevé que ce n'était qu'au mois d'août 2016, suite à une hospitalisation au Centre hospitalier E._____ pour une pneumonie communautaire, qu'une pneumopathie interstitielle diffuse micronodulaire avait été découverte, motivant des examens complémentaires. C'était dans ce contexte que l'assuré avait été examiné le 3 avril 2017 à la Polyclinique D._____ où l'on a mentionné pour la première fois un probable syndrome de Caplan. Il a relevé que c'était suite aux examens complémentaires pratiqués au Centre hospitalier E._____ et au rapport du Prof. G._____ (cf. rapport précité du 31 octobre 2017) que la CNA avait ensuite reconnu une maladie professionnelle au début du mois de janvier 2018. Par décision du 14 août 2018, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 64'080 fr. (taux de 60 %), basée sur le gain maximum assuré au 1^{er} janvier 2007 de 106'800 francs. Elle a en outre refusé tout droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents, motif pris que lorsque la maladie professionnelle s'était déclarée, l'assuré était déjà totalement incapable de travailler en raison de la polyarthrite rhumatoïde. Le 14 septembre 2018, A._____, assisté de Me Olivier Carré, a fait opposition à la décision précitée. Il a notamment produit des rapports des 18 et 19 septembre 2018 du Prof. G._____. Dans son premier rapport, le Prof. G._____ a confirmé que l'on pouvait considérer la causalité entre l'exposition aux poussières de quartz et la survenue de la polyarthrite rhumatoïde comme prépondérante chez son patient dans une mesure de l'ordre de 60 % à 70 % au moins. Il a expliqué qu'il n'y avait pas de chiffre exact disponible dans la littérature pour les poussières de silice, les cas étant heureusement relativement rares de nos jours, mais qu'en matière de tabagisme, les études disponibles permettaient d'estimer le risque de manière assez précise, de sorte que l'on estimait que la causalité du tabac dans la survenue d'une polyarthrite rhumatoïde séropositive à un peu plus 50 %. Il a précisé que si le tabagisme est prévalant et le risque conséquent, cette association n'a toutefois été reconnue qu'au début des années 2000, contrairement à l'association entre les poussières de silice et la polyarthrite rhumatoïde, déjà décrite en 1953. Cette reconnaissance précoce signait une causalité clairement supérieure à celle du tabagisme. On pouvait donc admettre sans le moindre doute une causalité prépondérante de l'ordre d'au moins 60 à 70% entre l'exposition des poussières de quartz et la survenue de la polyarthrite rhumatoïde de l'assuré. Dans son second rapport, le Prof. G._____ a exposé que la maladie n'était pas contrôlée tant dans le cas de l'atteinte pulmonaire que dans celui de l'atteinte articulaire, de sorte que l'évolution naturelle ne pouvait être qu'une péjoration tendant à une invalidité pulmonaire probable de 100 % à terme avec une atteinte à l'intégrité de 80 %. En ce qui concernait l'atteinte articulaire, celle-ci était inflammatoire, pas complètement contrôlée et en aggravation. Le Prof. G._____ a donc proposé de retenir les valeurs acceptées pour l'arthrose grave pour les atteintes aux mains, poignets, pieds et tarses qui prédominaient chez l'assuré. En ce qui concernait les atteintes aux épaules, coudes, genoux et hanches, peut-être un peu moins fortes en l'état actuel, le Prof. G._____ a estimé qu'elles correspondaient possiblement à une atteinte de type arthrose modérée. Il a considéré qu'il n'y avait aucun argument pour ne pas cumuler les atteintes. Ainsi, en tenant compte de l'atteinte bilatérale, en prenant la moyenne des fourchettes données et en cumulant toutes les atteintes articulaires, le Prof. G._____ a estimé l'atteinte à l'intégrité 100 %, chiffre probablement atteint au jour de son rapport, mais dans tous les cas, chiffre que l'assuré atteindra compte tenu de son âge et de l'évolution de la maladie. Par appréciation médicale du 4 octobre 2018, le Dr J._____ a exposé que la CNA avait reconnu un syndrome de Caplan à titre de maladie professionnelle au mois de janvier 2018 suite à une ancienne

exposition à des poussières de quartz sur la base de l'ensemble des investigations qui ont été pratiquées. Ce médecin a rappelé qu'initialement, ce diagnostic n'était pas confirmé avec une atteinte pulmonaire non caractéristique chez un assuré connu pour un tabagisme chronique. En outre, le problème articulaire faisait également l'objet d'un diagnostic différentiel, le Centre hospitalier E_____ mentionnant une possible arthrite psoriasique dans son rapport du 25 septembre 2016. En ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le Dr J._____ a rappelé qu'elle avait fait l'objet d'une discussion avec les Drs K._____ et L._____, qui étaient « compétents pour se prononcer. » Par décision sur opposition du 9 octobre 2018, la CNA a partiellement admis l'opposition en ce qui concerne le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et alloué à l'assuré un complément de 11'520 fr. pour tenir compte du gain assuré au 1^{er} janvier 2016. Le 6 novembre 2018, la CNA a adressé un décompte à l'assuré indiquant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 88'920 fr. au 1^{er} août 2018, dont il y avait lieu de déduire l'indemnité fixée préalablement à 64'080 fr., ce qui laissait un montant de 24'840 fr. à verser à l'assuré. B. a) Par acte du 9 novembre 2018, A._____, assisté par Me Carré, a recouru contre cette décision. Il a conclu principalement à son annulation, au versement d'une rente de l'assurance-accidents de 100 % dès le 1^{er} janvier 2007 et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité au taux de 100 %, calculé sur la base du salaire maximum assuré au mois de janvier 2007, respectivement sur la base du salaire maximum assuré en janvier 2016 en cas de rejet de la rente d'invalidité. Subsidiairement, il a conclu au renvoi du dossier à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision, ainsi qu'au renvoi pour détermination de la prise en charge, y compris rétroactive, des frais médicaux en relation avec la maladie professionnelle. En outre, il a conclu au constat d'un déni de justice s'agissant de l'assistance judiciaire administrative et à l'octroi de ce droit avec effet au 5 avril 2017. b) Par réponse du 13 décembre 2018, la CNA, assistée de Me Olivier Dérivaz, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. c) Par réplique du 14 janvier 2019, le recourant a modifié sa conclusion tendant au versement d'une rente en ce sens qu'elle était réclamée dès le 24 mars 2005 et assortie d'intérêts moratoires. Il a produit un avis du 17 décembre 2018 du Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie et médecin adjoint au Service de pneumologie du CHUV. Ce spécialiste a rappelé que la cause de la maladie rhumatologique et de la maladie pulmonaire était l'exposition préalable à la silice. Il a mis en évidence que cette cause n'avait pas été identifiée lorsque la maladie rhumatologique est apparue et que c'était seulement l'apparition de la maladie pulmonaire qui avait permis d'identifier l'exposition professionnelle à la silice. Il a considéré qu'une fois l'exposition professionnelle à la silice connue, la maladie rhumatologique pouvait lui être attribuée rétrospectivement. Pour ce spécialiste, la chronologie d'apparition des atteintes rhumatologique et pulmonaire n'avait pas d'importance, seule comptait la même cause qui avait précédé les deux maladies. d) Par duplique du 5 février 2019, la CNA a maintenu ses conclusions. e) Par déterminations du 22 février 2019, le recourant a maintenu ses conclusions. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la

procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) Le recourant a notamment pris une conclusion en constatation d'un déni de justice relative à une demande d'octroi de l'assistance judiciaire administrative (art. 37 al. 4 LPGA). aa) Le recourant a sollicité l'assistance judiciaire administrative auprès de l'intimée par courrier du 5 avril 2017. Il n'a pas réinterpellé l'intimée à ce propos durant la procédure d'instruction administrative, ni dans le cadre de son opposition au projet de décision. Au stade du recours, il a requis le constat d'un déni de justice et l'octroi de cette assistance judiciaire pour la période courue entre la demande en ce sens du 5 avril 2017 et la décision querellée du 9 octobre 2018. bb) L'intimée, qui constatait d'abord qu'aucune demande d'assistance judiciaire ne figurait au dossier, a pris acte de la production d'une lettre du 5 avril 2017 demandant la mise au bénéfice de l'assistance judiciaire du recourant pour la procédure administrative. Elle a toutefois observé que le recourant avait attendu l'ouverture de la procédure judiciaire dix-huit mois plus tard pour lui faire grief de son omission, ce qui était disproportionné, ceci malgré les nombreux échanges entre les parties où il n'était aucunement fait mention d'une demande d'assistance judiciaire non traitée durant ce laps de temps, même lors de la procédure d'opposition du recourant. b) 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). Cela étant rappelé, la Cour de céans n'est pas compétente pour ordonner l'octroi de l'assistance judiciaire administrative. Ces compétences appartiennent à l'autorité intimée. Partant, la conclusion tendant à l'octroi de l'assistance judiciaire administrative est irrecevable. Seule la conclusion tendant à la constatation d'un déni de justice est recevable. c) L'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) dispose que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. A l'instar de l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention européenne du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101) – qui n'offre, à cet égard, pas une protection plus étendue –, cette disposition consacre le principe de la célérité en ce qu'elle prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans un délai que la nature de l'affaire, ainsi que toutes les autres circonstances, font apparaître comme raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1 ; 130 I 312 consid. 5.1 ; TF 9C_140/2015 du 26 mai 2015 consid. 4). Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes. A cet égard, il appartient à l'administré d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié. On ne saurait

par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts ; ceux-ci sont inévitables dans une procédure. Une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne peuvent cependant justifier la lenteur excessive d'une procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.2 ; TF 9C_448/2014 du 4 septembre 2014 consid. 4.1). Il convient cependant de mettre en exergue le principe de la bonne foi en procédure (art. 5 al. 3 Cst.), selon lequel la partie qui s'aperçoit qu'une règle de procédure est violée à son détriment ne saurait laisser la procédure suivre son cours sans réagir, dans le but, par exemple, de se réserver un moyen de nullité pour le cas où le jugement à intervenir ne la satisferait pas (ATF 127 II 227 consid. 1b p. 230 ; TF 9C_287/2012 arrêt du 18 septembre 2012 consid. 4.3.1). d) En l'espèce, le recourant s'est exprimé à la fin d'un courrier daté du 5 avril 2017 en les termes suivants « Connaissant les difficultés de ce type de dossier, et la façon dont sont appréhendées ce genre de requêtes, je vous remercie également d'examiner la possibilité de le mettre au bénéfice d'une assistance judiciaire juridique au sens de l'article 37 alinéa 4 LPGA ». L'intimée n'a pas répondu à la demande d'assistance judiciaire administrative au motif qu'elle n'aurait pas reçu de demande dans ce sens. La lettre du 5 avril 2017 ne figure en effet pas au dossier. Il n'est pas contesté que l'intimée n'a pas rendu de décision sur cette demande, ce qui est en principe constitutif d'un déni de justice, compte tenu du délai écoulé et de la nécessité d'obtenir une décision sur cette question rapidement avant la clôture de l'instruction de la procédure administrative. Néanmoins, il était exigible du recourant qu'il fasse lui-même ce qui était en son pouvoir pour relancer l'intimée et l'inviter à faire diligence avant de déposer un recours pour déni de justice (ATF 130 I 312 consid. 5.2). On peut en effet raisonnablement considérer que l'intimée aurait réagi à une telle relance en statuant sur la requête. Le recourant ne démontre pas, ni ne prétend qu'il aurait adressé un courrier de rappel à l'intimée, laquelle lui avait apparemment retourné son courrier contenant notamment la demande d'assistance judiciaire du 5 avril 2017 en l'invitant à demander à son employeur de lui annoncer une maladie professionnelle. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de constater de déni de justice, le fait d'invoquer le déni de justice au stade du recours contre la décision sur le fond seulement, soit dix-neuf mois après la requête, au motif qu'aucune décision n'a été rendue à la suite de sa demande d'assistance judiciaire administrative, relève d'un comportement qui contrevient aux règles de la bonne foi en procédure et de la violation de son devoir de diligence par le recourant, dès lors qu'il devait agir immédiatement en interpellant l'intimée sur ce point. Le moyen est par conséquent rejeté, dans la mesure où il est recevable. e) En définitive, le litige est circonscrit par la décision sur opposition rendue le 9 octobre 2018 et porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, singulièrement sur la date à laquelle une maladie professionnelle doit être reconnue, sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ainsi que sur la prise en charge des traitements dès lors que la date du début des prestations est contestée. 3. a) aa) S'agissant de la rente, le recourant a contesté l'appréciation de l'intimée. Il a exposé que cette dernière se fonderait sur le fait que l'atteinte à la capacité de gain liée à l'affection pulmonaire serait inopérante au motif qu'il y avait déjà une pleine incapacité de travail reconnue par l'assurance-invalidité liée à l'atteinte articulaire. Il a fait grief à l'intimée d'avoir pris en compte l'apparition des problèmes pulmonaire pour définir le début de la maladie professionnelle. Selon le recourant, l'intimée, qui a reconnu un syndrome de Caplan au titre de maladie professionnelle, devait aussi reconnaître la causalité s'agissant de l'atteinte économique consécutive aux problèmes ostéo-articulaires. Le fait que ces troubles soient fortuitement apparus plus précocement que les atteintes pulmonaires et le fait que leur origine

professionnelle n'aura été mise en évidence que de façon différée n'y changerait rien. Dans le cadre de son recours, il a conclu à ce que les conséquences économiques du syndrome de Caplan devaient être indemnisées dès le 24 mars 2005 sur le principe, date à laquelle l'OAI avait reconnu la première incapacité de travail. S'il a admis qu'il n'y avait eu suspicion du diagnostic de syndrome de Caplan qu'en 2016, il a soutenu que cette maladie existait déjà en 2005 avec une prédominance des symptômes rhumatologiques. Il a exposé que doubles symptômes (rhumatologiques et pulmonaires) ne s'étaient pas manifestés simultanément, ce qui avait retardé le diagnostic de la maladie professionnelle. Il a en outre relevé que l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents devrait être évalué dans le cadre des conditions légales et de la coordination entre assureurs. bb) L'intimée a observé dans ses écritures que le recourant était atteint de polyarthrite rhumatoïde depuis 2005 et qu'à cette époque cette atteinte n'avait pas été liée à une cause professionnelle. En 2016, elle a reconnu que le recourant avait été hospitalisé pour une pneumonie et qu'un syndrome de Caplan, associant la polyarthrite rhumatoïde et la silicose, avait été décelé, mais formellement diagnostiqué en 2017, avec effet au 30 août 2016. L'intimée a reconnu l'origine professionnelle du syndrome de Caplan. Elle a toutefois retenu que la silicose pulmonaire n'avait pas été suspectée en 2005, de sorte que, selon elle, la maladie professionnelle ne s'était alors pas encore déclarée. L'intimée a par conséquent considéré que la maladie professionnelle (syndrome de Caplan) n'était pas encore déclarée du fait que le recourant n'avait pas dû se soumettre pour la première fois à un traitement médical pour ce motif et ne s'était pas trouvé en incapacité de travailler pour cette raison. Selon l'intimée, le recourant était depuis 2010 au bénéfice d'une rente AI en raison de la polyarthrite rhumatoïde et non de la silicose. La cause de l'incapacité de travail antérieure à 2016 n'était pas liée à la maladie survenue en raison de l'exercice de la profession. La reconnaissance de la maladie professionnelle ne pouvait débiter qu'à partir de 2016, soit le début du traitement médical lié à l'atteinte pulmonaire. L'intimée a retenu que l'assuré était en incapacité de gain dès 2010, date de la fin de son activité professionnelle. Il n'y avait ainsi pas matière à allouer une rente d'invalidité de l'assurance-accident puisque le recourant ne subissait pas d'incapacité de gain en 2016 du fait que celle-ci était déjà nulle depuis 2010.

b) aa) En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGA) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux (art. 9 al. 1 LAA). Ces substances et travaux, ainsi que les affections dues à ceux-ci ont été énumérés par le Conseil fédéral à l'annexe 1 de l'OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, l'exigence d'une relation prépondérante est réalisée lorsque la maladie est due pour plus de 50 % à l'action de la substance nocive ou à l'un des travaux mentionnés à l'annexe 1 de l'OLAA (ATF 133 V 421 consid. 4.1 ; 119 V 200 consid. 2a). L'exigence d'une proportion de plus de 50 % conduit la jurisprudence à reconnaître l'origine essentiellement professionnelle d'une maladie lorsque l'on peut considérer, sur la base de données épidémiologiques médicalement reconnues, que l'exposition professionnelle à la substance nocive entraîne pour les personnes concernées un risque deux fois plus important de contracter la maladie (ATF 133 V 421 consid. 5.1). Si aucune substance de la liste figurant à l'annexe 1 de l'OLAA n'entre en ligne de compte comme cause de la maladie, la maladie professionnelle est reconnue comme telle uniquement si l'on peut attribuer au moins 75% de la cause à l'exposition d'origine professionnelle (art. 9 al. 2 LAA ; ATF 126

V 183 consid. 2b). bb) L'obligation de prester de l'assureur-accidents suppose que le travailleur ait été assuré au moment où il a été soumis à des substances nocives ou a exercé l'activité professionnelle qui a nui à sa santé, soit pendant le temps d'exposition. L'assurance produit donc des effets au-delà de son terme lorsqu'une maladie professionnelle ne se déclare que postérieurement. En revanche, il n'est pas déterminant que le travailleur ait été assuré ou non au sens de la LAA au moment où se déclare la maladie professionnelle (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless , L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3 e éd., 2016, n. 153 p. 949 ; cf. également art. 77 al. 1, deuxième phrase, LAA). cc) Aux termes de l'art. 9 al. 3 LAA, sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée (première phrase). Une maladie professionnelle est réputée déclarée dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler au sens de l'art. 6 LPGA (deuxième phrase). On relève que, selon le Tribunal fédéral, la silicose donne droit à une rente si elle entraîne un changement d'activité impliquant une diminution de revenu. Un état pathologique doit en outre être reconnu même si la maladie n'était pas « active » ou ne se manifestait pas par certains symptômes (ATF 135 V 269 consid. 4.1.1 ; ATFA 1967 p. 199). dd) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré – 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_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) – 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 (art. 19 al. 1 LAA). En matière d'assurance-accidents, l'art. 18 al. 2 LAA prévoit que le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux ; il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGA. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a adopté l'art. 28 al. 3 OLAA. Aux termes de cette disposition, si la capacité de travail de l'assuré était déjà réduite de manière durable avant l'accident par suite d'une atteinte à la santé non assurée, il y a lieu, pour évaluer l'invalidité, de comparer le revenu que l'assuré aurait pu réaliser compte tenu de la diminution de sa capacité de travail initiale avec celui qu'il pourrait encore obtenir en dépit des suites de l'accident et de l'atteinte préexistante. Sont visées ici les atteintes dissociables (Jean-Maurice Frésard / Margit Moser-Szeless , op. cit., n. 251, p. 983 ; TF 8C_80/2016 du 16 janvier 2017 consid. 3.2 ; 8C_640/2013 du 8 octobre 2014 consid. 2.2 ; 8C_80/2016 du 16 janvier 2017 consid. 3.2). c) aa) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant soit atteint d'un syndrome de Caplan que l'intimée a reconnu comme maladie professionnelle. Cette maladie professionnelle est constituée de manière indissociable d'une silicose pulmonaire et d'une polyarthrite rhumatoïde (cf. rapport du Dr B. _____ et de la Dre C. _____ du CHUV du 25 avril 2017 ; rapport du Prof. G. _____ du 31 octobre 2017 ; appréciation médicale du Dr J. _____ du 4 janvier 2018). Cette maladie doit être assimilée à une pneumoconiose citée dans la liste des affections figurant dans l'annexe 1 de l'OLAA, de sorte qu'on est en présence d'une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 1 LAA. Il s'agit donc de déterminer le jour où la maladie professionnelle s'est déclarée. La silicose pulmonaire est suspectée en avril 2017 (rapport du Dr B. _____ et de la Dre C. _____ du CHUV du 25 avril 2017), alors que

la polyarthrite rhumatoïde s'est déclarée en 2005 sans qu'une éventuelle origine professionnelle de cette atteinte n'ait été suspectée à l'époque. La particularité du cas présent réside dans le fait que le recourant souffre d'un syndrome qui regroupe deux atteintes indissociables, qui n'ont pas été diagnostiquées simultanément. La polyarthrite rhumatoïde a en effet été diagnostiquée plusieurs années avant la silicose pulmonaire, laquelle a permis de poser le diagnostic final de syndrome de Caplan. Le caractère indissociable de la silicose pulmonaire et de la polyarthrite rhumatoïde est mis en évidence dans le rapport du 17 décembre 2018 du Dr M. _____ qui rappelle que la cause de la maladie rhumatologique et de la maladie pulmonaire était l'exposition préalable à la silice qui n'a pu être identifiée qu'à l'apparition de la maladie pulmonaire. Au demeurant, cela ressortait aussi du rapport du Prof. G. _____ du 31 octobre 2017 et même de l'appréciation médicale du Dr J. _____ du 4 janvier 2018. L'apparition de la silicose et la reconnaissance de l'existence du syndrome de Caplan en l'association de la silicose et de la polyarthrite rhumatoïde devait inmanquablement interroger l'intimée sur les causes de la première atteinte. L'intimée devait examiner quand le syndrome de Caplan était apparu (et non pas seulement diagnostiqué), notamment en analysant les constatations médicales antérieures, sachant que l'une des deux atteintes constituant ce syndrome existait depuis 2005 et que des problèmes pulmonaires avaient déjà été constatés avant que la silicose ne soit diagnostiquée. On relève en effet que l'assuré avait déjà subi des atteintes pulmonaires avant les examens effectués en 2016 et 2017 sans toutefois laisser suspecter une silicose pulmonaire, à savoir la toux sèche et la dyspnée à l'effort avec rythmicité professionnelle constatée en 2007, une bronchiolite inflammatoire à prédominance neutrophilique, à l'époque considérée dans le cadre de sa polyarthrite, et les symptômes qui ont pu être identifiés rétrospectivement à l'aide du scanner de 2010 (cf. rapport du Dr B. _____ et de la Dre C. _____ du CHUV du 25 avril 2017 ; rapport du Dr O. _____ et de la Dre P. _____ du 25 septembre 2016 ; rapport du Prof. G. _____ du 24 juillet 2017). Dans son appréciation médicale du 27 juin 2018, le Dr J. _____ a d'ailleurs lui-même admis que les premiers symptômes respiratoires remontaient à la fin de l'année 2007. Il est donc vraisemblable que le syndrome de Caplan se soit manifesté d'abord avec une prédominance des symptômes de la polyarthrite rhumatoïde, alors que ceux de la silicose étaient au début plutôt discrets pour être finalement plus clairement identifiables en 2017. Dans ces circonstances, l'intimée ne pouvait pas simplement se fier à la date à laquelle le diagnostic de la silicose a été posé, mais devait examiner la date d'apparition du syndrome de Caplan en fonction de l'ensemble des examens cliniques, radiologiques et des symptômes. Dès lors que l'intimé a retenu un syndrome de Caplan comme maladie professionnelle, il convient de fixer le début de cette maladie professionnelle lors de l'apparition des premiers symptômes, soit lors de l'émergence de la polyarthrite rhumatoïde. En effet, cette atteinte peut être mise en relation – au degré de la vraisemblance prépondérante – avec l'exercice de la profession, selon les rapports des 31 octobre 2017 et du 18 septembre 2018 du Prof. G. _____ et le rapport du Dr M. _____ du 17 décembre 2018. La vraisemblance de la causalité prépondérante de l'atteinte rhumatologique avec la poussière de quartz est estimée dans une fourchette de 60 % à 70 % au moins par le Prof. G. _____ (rapport du 18 septembre 2018). Le fait que le diagnostic de la maladie professionnelle ait été posé tardivement ne change rien, ce qui compte c'est que les médecins traitants et la division médicale de la CNA s'accordent pour dire que ce n'est pas uniquement la silicose qui constitue la maladie professionnelle, mais bien l'association des deux atteintes rhumatologique et pulmonaire. Or, la polyarthrite rhumatoïde séropositive a été

diagnostiquée en 2005 selon le rapport de l'Institut H. _____ du 25 avril 2017 et le rapport du Prof. G. _____ du 24 juillet 2017, ce que ni l'intimée ni son médecin d'arrondissement n'ont jamais remis en cause. Peu importe que d'autres causes aient été envisagées avant les examens pratiqués en 2016 et en 2017 ou que la composante pulmonaire n'ait pas été suffisamment active ; seul le diagnostic définitif, admis par les parties sur la base des rapports de la Dre I. _____ du 22 septembre 2017 et de l'Institut H. _____ du 25 avril 2017, est décisif (voir aussi le rapport du 17 décembre 2018 du Dr M. _____). D'ailleurs, dans l'évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée a tenu compte des séquelles liées aux deux aspects du syndrome de Caplan et non pas seulement de la maladie pulmonaire, à juste titre, puisqu'elle a considéré que le syndrome de Caplan constituait la maladie professionnelle, et non pas uniquement la silicose. Retenir que le syndrome de Caplan est d'origine professionnelle et fixer la date de son apparition au jour de la détection de la silicose uniquement reviendrait à considérer que la polyarthrite rhumatoïde avait une autre cause prépondérante que l'exposition préalable à la silice avant l'apparition de la silicose alors qu'aucun document médical ne permet de le déduire. On ne saurait exclure d'emblée que l'exposition à des poussières de silice constitue la cause prépondérante du développement de la polyarthrite rhumatoïde pour le seul motif que l'assuré encourait déjà un risque supérieur à la moyenne de développer cette maladie en raison de sa forte consommation de cigarettes. S'agissant de la causalité prépondérante, les rapports des médecins traitants sont suffisamment documentés et circonstanciés pour admettre que l'atteinte rhumatologique est indissociable de l'atteinte pulmonaire et a la même cause, à savoir l'exposition à la silice. L'intimée a admis que le syndrome de Caplan avait une cause prépondérante liée à l'exposition de cette substance et constituait ainsi une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 1 LAA. Il n'est pas utile de revenir sur ce point. Seules les dates de la déclaration de la maladie et celle de sa stabilisation doivent être précisées à la lumière des considérants qui précèdent. S'agissant de la date exacte, il apparaît que l'OAI a reconnu au recourant une incapacité de travail de 100 % dès le 24 mars 2005, laquelle, après une diminution passagère à 50 %, s'est stabilisée à 80 % dès le 1^{er} janvier 2010. La date de survenance de la maladie professionnelle présente en l'occurrence pour intérêt principal de déterminer le gain assuré. Ce que la CNA devra plus spécifiquement examiner, c'est la date de la stabilisation de l'état de santé (au sens de l'art. 19 LAA). A priori, sur la base des indications de l'OAI, la stabilisation pourrait avoir été acquise au mois de janvier 2010. Le droit à la rente serait ouvert dès cette date, mais prescrit compte tenu de la prescription quinquennale de l'art. 24 LPGA et de la date de la déclaration de maladie professionnelle. Une production complète du dossier de l'OAI, voire une interpellation du Prof. G. _____ ou du médecin généraliste traitant de l'époque permettra de préciser la date à laquelle le recourant s'est soumis pour la première fois à un traitement médical ou a été incapable de travailler en raison de la polyarthrite rhumatoïde, et donc du syndrome de Caplan. L'intimée devra mener les mesures d'instruction nécessaires afin de déterminer avec précision les dates de survenance de la maladie professionnelle et de sa stabilisation. bb) En outre, l'art. 28 al. 3 OLAA s'applique uniquement en présence d'atteintes dissociées, alors qu'on est ici en présence de deux atteintes associées pour en constituer une troisième qui est la maladie professionnelle justifiant les prestations LAA. L'art. 28 al. 3 OLAA ne trouve donc pas application en l'espèce, de sorte que le degré d'invalidité ne doit pas être déterminé sur la base du revenu sans invalidité tel qu'il existait en 2016, mais tel qu'il existait lorsque le droit à la rente est né, soit à la date à laquelle le recourant s'est soumis pour la première fois à un traitement

médical ou a été incapable de travailler en raison de la polyarthrite rhumatoïde, et donc du syndrome de Caplan. cc) A l'examen du dossier, il s'avère qu'il n'existe pas suffisamment d'informations pour déterminer les revenus à prendre en considération, de sorte qu'il s'impose de renvoyer la cause à l'intimée pour fixer le degré d'invalidité et le droit à la rente dans sa quotité après instruction complémentaire sur les plans médical et économique. Le renvoi à la CNA s'impose donc dès lors qu'il s'agit d'examiner pour la première fois une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement à l'exception de la production par l'OAI des décisions afférentes au recourant (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). En définitive, la décision entreprise doit être annulée en tant qu'elle concerne le refus d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Le dossier est renvoyé à l'intimée pour qu'elle instruisse ce point, statue sur la rente d'invalidité de l'assurance-accidents et mène les éventuelles opérations de coordination nécessaires entre assureurs.

4. a) S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme d'une prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (art. 25 al. 1 LAA). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (art. 9 al. 3 LAA). En cas de maladie professionnelle grave et incurable, qui réduit considérablement l'espérance de vie, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité 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. Dans ce cas, une stabilisation de l'état de santé n'est pas exigée. A partir du moment où l'état de santé ne peut plus être influencé par un traitement et donne lieu à des soins palliatifs, un certain laps de temps doit s'écouler pour qu'on puisse admettre le caractère durable de l'atteinte à l'intégrité. Ce délai a été fixé à une année par le Tribunal fédéral. En d'autres termes, une maladie professionnelle réduisant considérablement l'espérance de vie de la personne assurée n'entraîne pas d'atteinte durable à l'intégrité lorsque moins de douze mois s'écoulent entre le moment où le traitement ne peut plus apporter d'amélioration et le décès (ATF 133 V 224 consid. 5.4). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase OLAA). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois

versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. Il est encore précisé qu'aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGa, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2). b) En l'espèce, le taux déterminant est contesté par le recourant à plusieurs titres. Le recourant a soulevé une violation de son droit d'être entendu du fait que la décision attaquée serait fondée sur un avis du Dr J. _____, lequel n'aurait pas pris connaissance, de son propre aveu, du dernier rapport du Prof. G. _____ concernant l'évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Toujours sur la forme, le recourant a critiqué l'absence de transparence de l'intimée, indiquant ne pas connaître le niveau de compétence des Drs K. _____ et L. _____, ainsi que la teneur des discussions entre ceux-ci et le Dr J. _____, lesquelles ont abouti à la fixation du taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a mis en évidence l'absence de traces au dossier de ces discussions, ainsi que leurs modalités. Il a fait également grief au médecin d'arrondissement de ne pas avoir examiné suffisamment soigneusement le dossier et d'avoir méconnu nombre d'éléments médicaux. Sur le fond, le recourant a soutenu qu'il conviendrait de fixer le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 100 % se fondant sur l'avis du Prof. G. _____ du 19 septembre 2018 en combinant les atteintes à la santé résultant de la silicose pulmonaire et celles résultant de la polyarthrite rhumatoïde. A cet égard, le recourant a rappelé que l'annexe 3 à l'OLAA prévoyait un taux de 80 % pour la seule « atteinte très grave à la fonction pulmonaire » et que le recourant, du fait de son jeune âge, était promis à ce stade ultime. Il a aussi rappelé que l'art. 36 al. 4 OLAA exigeait de prendre équitablement en compte des aggravations prévisibles des atteintes à l'intégrité, dont l'intimée admettait le principe sans toutefois en tirer les conséquences qui s'imposaient. S'agissant d'un homme encore jeune reconnu totalement invalide économiquement par l'assurance-invalidité sur la seule base des atteintes articulaires aux quatre membres, il ne faisait guère de doute que la prise en compte de l'atteinte pulmonaire

justifiait un taux additionnel propre à combler les 20 % d'atteinte nécessaire à atteindre le plafond de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a ainsi soutenu que les atteintes à la santé touchaient l'ensemble des articulations du squelette, d'une part, et sa capacité respiratoire, d'autre part. Les taux déterminants devaient dès lors s'ajouter sans pouvoir dépasser 100 % selon l'art. 36 al. 3 OLAA. In fine, ces circonstances conduiront au décès du recourant. Le recourant a préconisé une comparaison avec le mésanthéliome (maladie de l'amiante), maladie professionnelle qui fait l'objet d'une réglementation spécifique de l'IPAI (art. 36 al. 5 OLAA) qui prévoit une pleine indemnisation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité dès l'apparition de la maladie. c) Pour l'intimée, l'avis du médecin traitant devait être considéré avec précautions, de sorte que l'avis des spécialistes de la CNA devait être privilégié vu que le Prof. G. _____ suivait l'assuré de longue date. En outre, l'intimée a exposé que selon l'annexe 3 de l'OLAA relative à l'évaluation des indemnités pour atteinte à l'intégrité, un taux de 100 % était réservé aux personnes victimes de cécité totale, de paraplégie et de tétraplégie. Par conséquent, il serait totalement inconcevable de mettre sur le même pied d'égalité la pathologie du recourant, même en y intégrant l'atteinte articulaire. Par le biais de son conseil, l'intimée a répété que le taux de 60 % avait été fixé après que le Dr J. _____ ait concerté ses confrères spécialisés K. _____ et L. _____. Ceux-ci avaient fixé ce taux de 60 % d'après l'annexe 3 de l'OLAA, ainsi que selon les tables complémentaires développées par la SUVA. d) En l'occurrence, dans la décision attaquée, la CNA ne fait pas mention du dernier rapport du Prof. G. _____ du 19 février 2018 en écrivant que si le rapport en question – dont elle avait pourtant eu connaissance dans l'intervalle – devait mettre en évidence un changement de la situation, elle se prononcerait à nouveau sur le cas. S'agissant de la Division médecine du travail de la CNA, il ressort également de l'avis médical du 4 octobre 2018 que le Dr J. _____ ne s'est pas prononcé sur la base de ce rapport, se limitant à prendre connaissance du rapport précédent du 18 février 2018 qui ne concernait pas l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Les parties ont toutefois discuté de ces éléments dans le cadre de la présente procédure contentieuse. Dans la mesure où la Cour de céans jouit d'un plein pouvoir d'examen, il faut dès lors constater que la violation du droit d'être entendu a été réparée dans le cadre de la présente procédure de recours en tant qu'il concerne la prise en compte du rapport du Prof. G. _____ du 19 février 2018. La motivation de la fixation du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est cependant insuffisante. Il apparaît que le Dr J. _____, spécialiste en médecine du travail, a eu un contact avec d'autres médecins mieux à même selon lui de se prononcer sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, à savoir les Drs K. _____, spécialiste en médecine du travail et en dermatologie et vénéréologie, et L. _____, spécialiste en médecine du travail et en chirurgie. Or, on ignore tout du contenu des discussions entre ces médecins, contenu qui n'a pas été rapporté non plus dans le double échange d'écritures devant la Cour de céans, de sorte que l'absence de motivation n'a pas pu être guérie. Il n'appartient en outre pas à l'autorité judiciaire de recomposer la motivation d'une décision. A cette absence de motivation, le recourant oppose le rapport du Prof. G. _____ du 19 septembre 2018 qui est motivé et détaille le raisonnement par lequel il a abouti à une entière indemnité pour atteinte à l'intégrité. Ce rapport examine le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de manière circonstanciée, sur la base du dossier médical du recourant et prend en considération les plaintes exprimées. Il est suffisamment clair s'agissant de la description du contexte médical et de l'appréciation de la situation médicale pour remettre sérieusement en doute la solution – non motivée – de l'intimée. A titre d'indice et s'agissant d'une pneumoconiose de nature professionnelle,

constituée notamment d'une silicose, le Tribunal fédéral avait validé l'utilisation de la table 10 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA qui prévoit qu'en cas de séquelles pulmonaires d'accidents ou de maladies professionnelles, une diminution de 33,3 % de la fonction respiratoire correspond à une atteinte à l'intégrité de 5 % et qu'une diminution de la fonction respiratoire de 100 % entraîne une atteinte à l'intégrité de 80 %. Le Tribunal fédéral a également validé dans cette affaire le recours à des tests de la fonction respiratoire afin d'évaluer l'atteinte à l'intégrité. L'intimée devra donc évaluer la fonction respiratoire du recourant afin d'estimer l'atteinte dans sa globalité (TF 8C_8/2008 du 25 novembre 2008 consid. 5.1.2), sachant qu'en l'espèce s'ajoute à la problématique pulmonaire une atteinte rhumatologique. La table 10 (qui concerne uniquement les atteintes pulmonaires) indique que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité doit tenir compte d'une aggravation prévisible et que pour la calculer il faut prendre en considération le taux d'invalidité probable le plus élevé que l'assuré atteindra jamais. Outre le taux initial d'invalidité respiratoire médico théorique, l'appréciation doit aussi tenir compte de l'évolution naturelle de la maladie, de l'âge du patient, de son espérance de vie, ceci pour l'ensemble des atteintes résultant du syndrome de Caplan. L'ensemble de ces éléments d'appréciation ne figurant pas dans la motivation de l'intimée, il n'est pas possible de vérifier l'adéquation du taux tel que calculé. En outre, le rapport du Prof. G. _____ du 19 septembre 2018 met sérieusement en doute la solution à laquelle l'intimée a abouti. La décision doit être annulée en tant qu'elle concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et le dossier renvoyé à l'intimée pour qu'elle procède conformément aux considérants. e) aa) Le recourant reproche encore à l'intimée de lui avoir envoyé le décompte du 6 novembre 2018 relatif au versement du solde de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité personnellement, bien que le sachant représenté par Me Carré. bb) Les communications que les autorités administratives et judiciaires destinent aux parties qu'elles savent représentées par un mandataire doivent être adressées à celui-ci (cf. art. 11 al. 3 PA [loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 ; RS 172.021]). Il s'agit là d'un principe général du droit (TFA I 587/06 du 7 septembre 2006 consid. 4 avec les références citées). Quant à la notification à la seule partie représentée, elle est irrégulière dans son principe (TF B 142/05 du 9 janvier 2007 consid. 3.1 non publié in ATF 133 V 147). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification ; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré l'irrégularité (ATF 132 II 21 consid. 3.1 ; TF 1C_255/2016 du 14 octobre 2016 consid. 4.2 et les références citées). cc) En l'occurrence, l'intimé a incontestablement envoyé le décompte du 6 novembre 2018 au recourant personnellement, bien que le sachant représenté par Me Carré. Ce nonobstant, le recourant a été en mesure d'agir en temps voulu auprès de la présente juridiction, le 9 novembre 2018. On doit donc convenir que la notification a atteint son but malgré son irrégularité, respectivement qu'aucun préjudice n'en est résulté pour le recourant. 5. a) Le recourant requiert la prise en charge des frais médicaux, avec effet rétroactif (art. 9 al. 3, première phrase, et 10 LAA). b) L'intimée adhère à cette conclusion, selon le courrier du 4 janvier 2018, tel que rappelé dans la réponse du 13 décembre 2018 de l'intimée. Ce point ne paraît ainsi pas litigieux, étant rappelé qu'il convient de réserver la prescription. 6. Vu l'issue de la procédure, les auditions de témoins requises par le recourant n'apparaissent pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peuvent dès lors être écartées par appréciation anticipée des preuves (ATF 141 I 60 consid. 3.3). 7. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis dans la mesure de sa

recevabilité et la décision sur opposition rendue le 9 octobre 2018 annulée en tant qu'elle concerne le refus d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le dossier est renvoyé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents pour qu'elle procède conformément aux considérants. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2 ' 500 fr., débours et TVA compris (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 qui succombe. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est partiellement admis dans la mesure de sa recevabilité. II. La décision sur opposition rendue le 9 octobre 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée en tant qu'elle concerne le refus d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le dossier est renvoyé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents pour qu'elle procède conformément aux considérants et rende une nouvelle décision. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à A. _____ 2 ' 500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Carré (pour le recourant), ■ Me Dérivaz (pour l'intimée), ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.