

VD_GERICHTE ZA17.019639 vom 10. April 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-04-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA17.019639

FR: VD_GERICHTE ZA17.019639 du 10 avril 2019

IT: VD_GERICHTE ZA17.019639 del 10 aprile 2019

Erwägungen

E. 5

Appréciation diagnostique

E. 5.1

Diagnosics et code selon un système de classification reconnue : • Silicose pulmonaire • Emphysème pulmonaire sur ancien tabagisme (...) B. Appréciation de la causalité 1. Pour chacun des diagnostics retenus en sus de la silicose, la maladie professionnelle est-elle une cause certaine ou probable ou seulement possible ou exclue des troubles dont est atteint l'assuré ? La maladie professionnelle est une cause certaine des troubles dont Monsieur G._____ est atteint. (...) Il est possible qu'une BPCO [bronchopneumopathie chronique obstructive] emphysémateuse sur ancien tabagisme participe au trouble obstructif dont il souffre, mais l'emphysème pulmonaire visible au CT-scan thoracique n'est pas très marqué, la lésion attribuée à la silicose prédomine nettement et a tendance à évoluer malgré le fait qu'il n'est plus exposé à des particules volatiles de silice. Il s'agit d'une caractéristique de la silicose. D'ailleurs le PET-CT [tomographie par émission de positrons et scanner] confirme le caractère inflammatoire et toujours actif de la maladie. 2. Ces atteintes à la santé sont-elles dues exclusivement, seulement partiellement ou ne sont-elles pas du tout dues à la maladie professionnelle susmentionnée ? Les atteintes pulmonaires à la santé de Monsieur G._____ sont en grande majorité dues à la maladie professionnelle dont il souffre. C. Influence sur la capacité de travail (...) 2. Influence des atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici (...) 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail La VO [volume d'oxygène] max de Monsieur G._____ a été 2 mesurée à 15.9 ml/min/kg. Pour différentes professions, la consommation d'oxygène (VO) 2 requise est connue et pour une activité professionnelle, la VO ne 2 doit pas dépasser les 40 % de la VO max obtenue, afin que cette 2 activité puisse être exercée dans le contexte de journée entière. Chez Monsieur G._____, l'activité ne devrait pas dépasser une consommation d'oxygène de 6.36 ml/min/kg. Si on tient en considération qu'un travail avec activité assise nécessite 4.25 ml/min/kg, qu'une position debout décontractée nécessite 8.75ml/min/kg, une marche normale 10.5 ml/min/kg et une marche rapide 14 ml/min/kg, on peut retenir qu'il peut exercer de façon prolongée uniquement une activité de bureau ou en pourcentage limitée une activité principalement assise avec quelques déplacements à pied. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?

- 15 - Le patient présente une incapacité de travail à 100 % en tant que maçon. Il peut par contre continuer à travailler en tant que logisticien et acheteur à 40 % dans la construction. (...) 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ? En d'autres termes, au cas où les atteintes présentées par l'assuré engendraient une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession habituelle, peut-il exercer d'autres activités professionnelles adaptées à ses limitations fonctionnelles ? 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le poste de

travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? Quelles sont les limitations professionnelles ? Il pourrait assumer une activité professionnelle à 100 % dans un travail de bureau où il exerce une activité exclusivement assise. Cependant, il ne doit pas être exposé à des irritants des voies respiratoires, à de la fumée, aux changements de température. Il présente un risque accru d'absentéisme en raison de risque élevé d'infection des voies respiratoires. D. Avez-vous d'autres précisions ou remarques à ajouter ? (...) Vu son atteinte respiratoire, il ne doit plus être exposé aux poussières de quartz/silice. Il faut tenir en considération que la silicose est une maladie progressive et que l'état respiratoire actuel du patient ainsi que la présence de cavités pulmonaires, augmentent le risque de complications infectieuses et tumorales. Une réadaptation professionnelle dans un travail de bureau me paraît illusoire. La solution actuelle me paraît un bon compromis qui évite de porter préjudice à sa santé, respecte ses limitations respiratoires (ainsi qu'orthopédiques) et valorise ses connaissances acquises dans le secteur du bâtiment tout au long de sa vie professionnelle. Par avis du 28 mai 2018, le juge instructeur a invité les parties à se déterminer sur la teneur du rapport précité. Par écritures des 18 septembre et 10 octobre 2018, la CNA et l'assuré ont respectivement maintenu leurs conclusions. G. _____ a en outre relevé que les DPT retenues par la CNA ne correspondaient pas à des activités de bureau. Il produit un rapport du 5 octobre 2018 du Dr L. _____, contestant le bien-fondé de l'écriture de la CNA du 18 septembre 2018. E n d r o i t 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1)

- 16 - s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance- accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) Dans le cas d'espèce, le litige a exclusivement pour objet le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. b) N'est en revanche pas litigieuse la question du droit à une indemnité pour changement d'occupation ni le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. En effet, comme l'a relevé l'intimée, le recourant – dans son opposition du 1er novembre 2016 – s'est concentré sur sa capacité de gain et a conclu à une rente d'invalidité basée sur une incapacité de gain de 60 %. Il n'a pas fait valoir de véritables griefs à l'encontre de l'indemnité pour changement d'occupation ni dans son opposition, ni dans son mémoire de recours. Il a finalement admis dans sa réplique du 28 septembre 2017 que le présent litige ne portait que sur la quotité de la rente d'invalidité. 3. a) En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel (art. 7 LAA), d'accident non professionnel (art. 8 LAA) ou de maladie professionnelle (art. 9 LAA).

- 17 - b) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 LAA (silicose pulmonaire) et qu'il a été victime d'un

accident professionnel au sens de l'art. 7 LAA survenu le 5 septembre 2014. 4. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à

E. 10

% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité ont été menées à terme, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA). Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements

- 18 - et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2). 5. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher

l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un

- 19 - rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 6. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de maçon. Par contre, les avis des parties divergent s'agissant de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. A l'appui de la décision contestée, l'intimée soutient que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. De son côté, le recourant soutient que sa capacité de travail résiduelle est de 40 % même dans une activité adaptée, avec de surcroît un rendement limité à 75 %. a) Sur le plan orthopédique, le recourant a présenté une fracture comminutive du calcaneum droit ainsi qu'une fracture sous-capitale non déplacée des 4e et 5e métatarsiens du pied droit à la suite de l'événement survenu le 5 septembre 2014. Le Dr W._____ a retenu que le recourant présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (sans port de charges moyennes, sans station debout prolongée et sans long trajet, surtout en terrain accidenté) au jour de l'examen (cf. rapport du 11 janvier 2016). Dans le cas d'espèce, on peut se rallier à ces conclusions. En effet, aucun élément au dossier ne vient soulever des doutes quant à cette appréciation, de nature à remettre sérieusement en question sa valeur probante. Contrairement à ce que soutient le recourant, le fait que le Dr M._____ a formulé d'autres limitations fonctionnelles ne permet pas d'aboutir à une autre conclusion. En effet, ce médecin retient, à l'instar du Dr W._____,

- 20 - une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée sans baisse de rendement. Dès lors, c'est à juste titre que la CNA s'est fondée sur les conclusions du Dr W._____. b) Sur le plan pneumologique, il est établi que le recourant est atteint d'une silicose pulmonaire et d'un syndrome obstructif modéré. Les avis divergent en revanche sur les effets de ces atteintes sur la capacité de travail de recourant. En effet, le Dr Y._____ estime que le recourant présente une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux troubles pulmonaires et qui n'est pas lourde physiquement (cf. rapports des 15 janvier et 25 novembre 2016). Le recourant conteste cette appréciation en se fondant sur l'avis principalement de la Dresse V._____, pneumologue traitante qui retient une capacité de travail de 40 % dans une activité évitant toute exposition à un toxique respiratoire, à la poussière et au port de charges lourdes (cf. rapport du 3 février 2017 notamment). Force est toutefois de constater que la Dresse V._____ procède à une appréciation globale de la capacité de travail de son patient en prenant en compte à la fois la silicose – maladie professionnelle à la charge de l'assurance-accidents – et le syndrome obstructif modéré – maladie à priori à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (cf. art. 9 LAA). Néanmoins, l'existence d'une divergence importante imposait de mettre en œuvre une expertise pneumologique, laquelle a été confiée au Dr Z._____. Dans le cadre de son expertise, le Dr Z._____ a estimé, sur la base des tests qu'il a réalisés, que le

recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (travail de bureau exercé exclusivement en position assise, sans exposition à des irritants des voies respiratoires, à de la fumée et aux changements de température). Certes, ce médecin a souligné le caractère particulièrement adéquat de l'activité actuellement exercée par le

- 21 - recourant à 40 % auprès de son employeur. Il n'y a toutefois pas lieu de tenir compte de cette réflexion dans le cadre de l'appréciation de la capacité de travail, dès lors qu'elle repose manifestement sur des considérations d'ordre social. Hormis cela, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de cette expertise. Le point de vue développé par le Dr L. _____ dans son bref rapport du 5 octobre 2018 demeure bien trop sommaire pour susciter des doutes quant au bien-fondé des conclusions retenues par l'expert. Quant à la prise en compte d'une diminution de rendement, rien au dossier ne justifie que soit retenu un tel fait. c) Dès lors, il y a lieu de retenir que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité respectant strictement ses limitations fonctionnelles (travail de bureau exercé exclusivement en position assise, sans exposition à des irritants des voies respiratoires, à de la fumée). A noter que cette capacité de travail – eu égard aux limitations fonctionnelles retenues par l'expert – est plus limitée que celle retenue par l'intimée. 7. Reste à examiner le degré d'invalidité présenté par le recourant, compte tenu de sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (ou de sa révision), soit dans le cas d'espèce 2016 (cf. consid. 4a supra). a) aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé durant l'année qui a précédé l'accident, en tenant compte de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références citées ; 135 V 287 consid. 5.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.2 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

- 22 - bb) En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter du revenu de 80'078 fr. retenu par l'intimée. En effet, selon les informations fournies par la société F. _____, le salaire horaire du recourant en 2016 aurait été de 35 fr., avec un horaire hebdomadaire de 43 h 75 et un 13e salaire. Or, l'intimée a relevé que la société employant l'assuré était soumise à une convention collective de travail (CCT) et que le total annuel des heures de travail en 2016 était 2'112 heures – total qui tient compte du fait que les salariés comptabilisent un grand nombre d'heures de travail durant les beaux jours tandis qu'à l'approche de l'hiver celles-ci connaissent des grandes variations, voire peuvent être nulles lors de périodes de grand froid. De plus, il ne se trouve au dossier aucun élément qui justifierait de s'éloigner de ce chiffre, que le recourant ne conteste du reste pas. b) aa) Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle – ce qui est le cas en l'espèce – contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1), ou en fonction des données salariales résultant des descriptions des postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et la référence citée ; TF

8C_761/2012 du 29 juillet 2013 consid. 3.3 et les références citées). bb) Afin de déterminer le revenu que le recourant pourrait réaliser en 2016, malgré son atteinte à la santé sur un marché du travail équilibré, l'intimée s'est référée à cinq DPT tirés de sa base de données interne. Or, à l'instar du recourant, il convient d'admettre que les postes choisis par l'intimée, en tant qu'ils semblent reposer sur les limitations fonctionnelles mises en évidence par le Dr W. _____, ne sont pas compatibles avec les limitations fonctionnelles objectives du recourant, telles qu'elles ont été mises en évidence dans le cadre de l'instruction du recours. La pertinence du panel de DPT choisies par l'intimée, lequel n'a

- 23 - d'ailleurs pas été versé au dossier de la cause, peut ainsi être niée, sans qu'il soit nécessaire de l'examiner dans le détail. cc) Dans ces conditions, il convient de se fonder sur les données salariales ressortant de l'ESS. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes de santé du recourant. Eu égard à l'activité de substitution que pourrait exercer le recourant dans une activité légère et adaptée à ses limitations fonctionnelles, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de compétence 1) dans le secteur privé, soit en 2016, 5'340 fr. par mois (OFS, ESS 2016, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2016 (41,7 heures [OFS, Indicateurs du marché du travail 2016, p. 98, T18]), ce montant doit être porté à 5'567 francs. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). Afin de tenir compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles susceptibles d'influer sur les perspectives salariales du recourant (en particulier des limitations entraînées par l'atteinte à la santé et de l'âge), il y a lieu de procéder à un abattement de

E. 15

% sur le salaire statistique, de sorte que l'on obtient un revenu mensuel d'invalidité de 4'732 fr., soit annuellement 56'784 francs.

- 24 - c) La comparaison d'un revenu d'invalidité de 56'784 fr. avec un revenu sans invalidité de 80'078 fr. aboutit à un degré d'invalidité de 29 %, taux supérieur à celui reconnu par l'intimée. 8. a) Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée doit être réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 29 % à compter du 1er septembre 2016. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'est pas représenté par un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA).