

VD_GERICHTE ZA21.020956 vom 16. März 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-03-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA21.020956

FR: VD_GERICHTE ZA21.020956 du 16 mars 2022

IT: VD_GERICHTE ZA21.020956 del 16 marzo 2022

Erwägungen

E. 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 (ci-après la rente AI) du 1er mars 2006 au 28 février 2007, une rente AI entière du 1er mars 2007 au 31 mai 2007, puis une demi-rente AI dès le 1er juin 2007. A l'appui de sa décision, il a notamment communiqué ce qui suit à l'assuré : « • En raison de votre atteinte à la santé, vous ne pouvez plus exercer votre activité habituelle en tant que chef d'équipe de poseur sols. • Selon les renseignements médicaux en notre possession, vous avez présenté les incapacités de travail suivantes : - 100 % du 24 mars 2005 au 30 mai 2005 - 50 % du 31 mai 2005 au 30 novembre 2006 - 100 % dès le 1er décembre 2006 • Il ressort de l'instruction de votre dossier que dès mars 2007, votre capacité de travail est de 50 % dans une activité adaptée à votre état de santé et qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : activité légère, de type sédentaire, sans port de charges, sans trop de travail à l'extérieur (inférieur à 30 % du temps de travail), sans trop de déplacement à l'extérieur. • Vous avez donc bénéficié de mesures professionnelles, du 1er mai 2007 au 31 mars 2008, notamment d'un reclassement interne auprès de l'entreprise [...] en tant que chef de chantier. Durant cette période, vous avez également bénéficié d'indemnités journalières AI.

- 3 - • Au terme de votre formation, soit dès le 1er avril 2008, vous avez été engagé auprès de l'entreprise [...] en qualité de chef de chantier, à un taux de 50 %, avec un salaire mensuel brut de Fr. 3'750.-, servi treize fois par an, soit Fr. 48'750.-. » Après réexamen de la situation de l'intéressé et par décision du 4 juin 2010, l'OAI a alloué une rente AI entière de l'assurance-invalidité dès le 1er janvier 2010 (degré d'invalidité : 100 % du 1er janvier 2010 au 31 mars 2010 et de 80 % dès le 1er avril 2010). A l'appui de sa décision de révision, l'OAI a retenu une incapacité de travail de 100 % du 7 septembre 2009 au 31 décembre 2009, une capacité de travail dans une activité adaptée de 20 % étant ensuite admise depuis le 1er janvier 2010. Le droit à une rente AI entière a été confirmé au terme des procédures de révision subséquentes (cf. communications des 6 février 2013, 11 avril 2013, 20 mai 2014, 23 avril 2015, 7 février 2017 et 6 octobre 2020), étant précisé que par sa communication du 20 mai 2014, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci- après : l'OAIE, compétent en raison du déménagement de l'assuré [...]) a reconnu à l'assuré une incapacité de travail à 100 % à partir du 20 mars 2014. L'assuré a été hospitalisé au G. _____ 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 du Dr P. _____, chef de clinique et spécialiste en médecine interne générale ainsi qu'en médecine intensive). Le 22

décembre 2016, W. _____, représenté par Me Olivier Carré, a informé la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la Caisse ou la SUVA) d'une vraisemblable maladie professionnelle en ces termes :

- 4 - « Mon client, dont il convient de relever qu'il est déjà au bénéfice d'une rente AI par suite d'une polyarthrite, vient de se voir diagnostiqué une silicose, dont l'origine est très vraisemblablement liée à une exposition systématique et massive à des poussières de béton et au silicium, dans le cadre d'une activité déployée auprès d'entreprises forcément assurées auprès de votre établissement. Sauf erreur ou omission, mon client a travaillé, entre 1990 et 2010 (soit de 23 à 43 ans) auprès des entreprises suivantes, (...) : (...) E. _____ SA, T. _____ SA, Je vous remercie d'entreprendre une instruction de son cas, afin de déterminer le droit à des prestations au titre de maladie professionnelle. (...) » Le 27 décembre 2016, la CNA a répondu à l'assuré en l'invitant à annoncer la maladie professionnelle par l'intermédiaire de son employeur. Dans un rapport du 25 avril 2017, le Dr X. _____, spécialiste en médecine du travail et en pneumologie, chef de clinique à l'U. _____ de la S. _____ a demandé à la CNA l'ouverture d'un dossier en vue d'une déclaration de maladie professionnelle. Il a joint à sa demande son rapport du même jour notamment adressé au Prof. N. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie à l'I. _____. Il ressort de l'appréciation du Dr X. _____ 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. Il en résulte notamment ce qui suit : « Antécédents Pneumonie communautaire du lobe moyen avec insuffisance cardiaque sur cardioplégie septique en août 2016 Colique néphrétique droite en 2014 Sternite à Mycobactérie en février 2014 (sous immunothérapie et immunosuppression par rituximab et tofacitinib) Status post abcès et furoncle à Actinomyces (sous immunothérapie et immunosuppression par rituximab et tofacitinib)

- 5 - Bronchiolite inflammatoire à prédominance neutrophilique dans le cadre de la polyarthrite en 2010 Colite à Clostridium difficile (...) Anamnèse médicale Les symptômes respiratoires de M. Da Silva Martins débutent en fin 2007 avec une toux sèche ainsi qu'une dyspnée à l'effort. Il y a une rythmicité professionnelle avec une disparition des symptômes durant les weekends et les vacances. A noter qu'un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde a été posé en 2005. Il est hospitalisé au G. _____ du 30.08.2016 au 08.09.2016 pour une pneumonie communautaire du lobe moyen à germe indéterminé d'évolution favorable sous multiple antibiothérapie. Le CT-scan [scanner] thoracique du 30.08.2016 montre, en plus d'un infiltrat du lobe moyen, des micronodules à prédominance lobaire supérieure droite, en partie calcifiés, des adénopathies médiastinales partiellement calcifiées et des pseudo-plaques pleurales. Il est alors adressé à la consultation de pneumologie pour évaluation d'une pneumopathie interstitielle. Lorsqu'il est vu le 14.11.2016, il se plaint d'une dyspnée de stade III nouvelle, et des douleurs latérothoraciques gauches depuis la veille, irradiant dans le bras gauche. Il avait présenté ces mêmes symptômes lors de son hospitalisation. » Dans un rapport du 24 juillet 2017, le Prof. N. _____ 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 G. _____ 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 aussi rappelé qu'en 2010, l'assuré avait été atteint d'une bronchiolite

- 6 - inflammatoire à prédominance neutrophilique, à l'époque considérée dans le cadre de sa polyarthrite. Le Prof. N. _____ a décrit les traitements entrepris comme il suit : « L'évolution a malheureusement été relativement peu favorable chez un patient qui a eu virtuellement tous les traitements possibles pour sa polyarthrite rhumatoïde avec initialement des corticoïdes et des AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens] dans la phase initiale, puis l'inclusion dans une étude avec d'emblée un traitement associant méthotrexate et de l'Enbrel®. Le traitement était inefficace, suivi par un essai d'Humira®, toujours en association au méthotrexate, également non efficace. Il a ensuite eu un essai d'Actemra® dans le cadre d'une étude de phase III avec une hypertriglycémie sévère d'origine médicamenteuse qui a nécessité l'arrêt du traitement, chez un patient qui n'avait par ailleurs pas de réponse thérapeutique. Il a ensuite été mis au bénéfice d'un traitement d'Orencia® (abatacept) dans le cadre d'une maladie très active avec cette fois une réponse mitigée chez un patient qui restait tout ce temps au bénéfice d'un traitement de méthotrexate en association. La réponse était partielle à l'Orencia®, mais en l'absence d'autres alternatives à l'époque, le patient est resté sous Orencia® du 1er mai 2007 à mars 2008 où nous avons rajouté du léflunomide en raison d'une réponse quand même très partielle. Il a ensuite été passé sous une association méthotrexate/ Arava®/MabThera® début 2008 avec en plus de la Salazopyrine® à nouveau avec une réponse partielle. Le patient est resté sous ce traitement en raison de l'absence d'autres alternatives jusqu'en 2013 avec sept cycles de MabThera®. À ce moment il a bénéficié d'un traitement de Xeijanz® qui venait d'être mis sur le marché, traitement initialement assez efficace, mais qui s'est compliqué par une sternite à Mycobactéries kansasii nécessitant l'arrêt de la thérapie et introduction d'une trithérapie antituberculeuse pendant six mois. La reprise du Xeijanz® s'est avérée bien moins efficace et depuis lors le patient est au bénéfice d'un traitement d'Otezla® qui semble être le seul traitement qui apporte un certain bénéfice. La maladie est toujours active malgré ce traitement avec au dernier examen la persistance de synovites des coudes, de plusieurs MCPs [articulations métacarpophalangiennes] et des épaules à l'examen clinique des membres supérieurs uniquement. » Par rapport du 31 octobre 2017 au conseil de l'assuré, le Prof. N. _____ 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 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

- 7 - 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. N. _____ a conclu que la probabilité était forte, compte tenu des connaissances et de la littérature sur le risque associé à la silice, que la maladie de l'intéressé était 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 V._____, spécialiste en radiologie au G._____, afin de préciser l'atteinte pulmonaire. Cette spécialiste a fait état de ce qui suit (rapport du 22 décembre 2017) : « La relecture des CT de W._____ objective au niveau parenchymateux pulmonaire Sur le CT du 08/01/2010, une micronodulation de 2 types : 1- L'une d'allure centrolobulaire avec arbres en bourgeons bien visible au niveau du segment apical du LID, compatible avec une bronchiolite infectieuse en première intention. 2- Une seconde périlymphatique de contours nets, dense, certains calcifiés, à prédominance juxta-scissurale et probablement centrolobulaire, sans arbre en bourgeons, rarement sous-pleuraux, sans atteinte périfonction vasculaire proximale, respectant les culs de sac costo-diaphragmatiques et prédominant au niveau LSD, Sur le CT du 15/04/2010, - Une disparition des micronodules d'allure bronchiolaire - Une persistance des autres micronodules décrits Sur le CT du 25/03/2014 - Une augmentation indiscutable des micronodules en particulier sous-pleuraux (3-34) avec confluence et aspect de pseudo-plaques(3-107) bien visible en sous-pleural du LSD - Apparition de nodules sans spécificité tels qu'au niveau du LID de 7mm (3-237) et de lingula de 6 mm (3-146), ne pouvant faire éliminer des nodules rhumatoïdes dans le contexte Sur le CT du 12/06/2014 - Résolution quasi-complète des nodules apparus lors du dernier CT ainsi que des nodules sous-pleuraux en pseudo-plaques du LSD (3-112 du 25/03/14) - Persistance des micronodules périlymphatiques Sur le CT du 30/08/2016

- 8 - - Condensation alvéolaire dorsale du LSD et segmentaire externe du LM en rapport avec une surinfection en première intention avec lignes septales suggestives de surcharge cardiogénique - Idem pour autres micronodules Sur le CT du 14/11/2016 - Disparition des signes apparus lors du précédent CT - Majoration des micronodules sous-pleuraux avec aspect de pseudo-plaques (3-59) Il s'y associe une polyadénopathie hilare et médiastinale en majoration depuis 2010, partiellement calcifiées, parfois en périphérie (2-49) On signale une anomalie focale de contours irréguliers paramédiastinale supérieure gauche en diminution par rapport à 2014 mais à suivre Les constatations au niveau médiastinal et parenchymateux pulmonaire plaident au total pour une silicose, la micronodulation juxta-scissurale restant quelque peu atypique et faisant évoquer une sarcoïdose coassociée. » Par appréciation médicale du 4 janvier 2018, le Dr F._____, 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. N._____, 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 1er janvier 2007. » Le Prof. N._____ 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

- 9 - traitement actuel n'apportait qu'une réponse partielle. Le Prof. N._____ 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 la problématique pulmonaire. Dans une appréciation médicale du 22 février 2018, le Dr F. _____ 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'intéressé bénéficiait des prestations de l'assurance-invalidité. S'agissant du rapport du Prof. N. _____ susmentionné, le Dr F. _____ 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. La CNA a versé au dossier l'extrait du compte individuel AVS de l'assuré daté du 16 avril 2018 dont le contenu est le suivant :

- 10 - Dans une nouvelle appréciation médicale du 7 mai 2018, le Dr F. _____ a exposé que la polyarthrite était au premier plan et décrite comme sévère par le Prof. N. _____. A la requête de la Caisse et par appréciation médicale du 27 juin 2018, le Dr F. _____ 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

- 11 - 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 G. _____ 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 l'U. _____ 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 G. _____ et au rapport du Prof. N. _____ (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 refusé tout droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents (ci-après : la rente LAA), 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, W. _____, 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. N. _____. Dans son premier rapport, le Prof. N. _____ 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 était 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

- 12 - 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. N._____ 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. N._____ 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. N._____ 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. N._____ 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 F._____ 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

- 13 - diagnostic différentiel, le G._____ mentionnant une possible arthrite psoriasique dans son rapport du 25 septembre 2016. Par décision sur opposition du 9 octobre 2018, la CNA a notamment confirmé le refus de prester s'agissant de la rente LAA. b) Par acte du 9 novembre 2018, W._____, assisté par Me Carré, a recouru contre la décision sur opposition du 9 octobre 2018. Par arrêt du 24 octobre 2019 (AA 170/18 – 135/2019), la Cour des assurances sociales a partiellement admis le recours dans la mesure de sa recevabilité et annulé la décision sur opposition de la CNA du 9 octobre 2018 en tant qu'elle concernait notamment le refus d'une rente LAA. Elle a renvoyé le dossier à la CNA pour qu'elle procède conformément aux considérants et rende une nouvelle décision. En substance, la Cour a considéré que le syndrome de Caplan (admis comme maladie professionnelle) existait depuis les premiers symptômes de son volet rhumatologique, soit en 2005, date à laquelle la polyarthrite rhumatoïde séropositive a été diagnostiquée selon les rapports de l'U._____ du 25 avril 2017 et le rapport du Prof. N._____ du 24 juillet 2017. En vue du calcul du droit à la rente LAA, l'intimée était invitée à déterminer à partir de quelle date le recourant s'était soumis pour la première fois à un traitement médical ou avait été incapable de travailler en raison de la polyarthrite rhumatoïde (et donc du syndrome de Caplan), soit la date de la survenance de la maladie professionnelle, ainsi que le moment à partir duquel la poursuite du traitement médical ne permettait plus d'escompter une sensible amélioration de l'état de santé du recourant (stabilisation). Constatant qu'il n'existait pas suffisamment d'informations pour déterminer les revenus avec et sans invalidité à prendre en considération, la Cour a aussi demandé à la CNA de réunir des renseignements économiques pour calculer le degré d'invalidité. B. a) La CNA a versé au dossier un rapport du G._____ du

E. 16

décembre 2019 qui précisait que l'assuré était peu symptomatique et que la silicose pulmonaire était très discrète sur le plan radiologique,

- 14 - l'essentiel des lésions étant probablement en relation avec une sarcoïdose associée. Les résultats des fonctions pulmonaires étaient détaillés avec une atteinte discrète et stable. En effet, les pneumologues relevaient une perte de 680 ml sur le volume expiratoire maximal par seconde (VEMS), de 840 ml sur la capacité vitale fonctionnelle et de 900 ml sur la capacité pulmonaire totale entre 2018 et 2019. Ce déclin, limité au volume, était à mettre sur le compte d'un remaniement parenchymateux post-œsophagectomie et aux douleurs post-opératoires limitant les manœuvres, elles-mêmes en lien avec le traitement de l'adénocarcinome de la jonction œsophago-gastrique. La CNA a repris l'instruction de la cause et demandé une prise de position au Dr F. _____ (communication interne de la CNA du 30 janvier 2020). Dans une appréciation médicale du 3 février 2020, le Dr F. _____ a fait savoir à la CNA ce qui suit : « 1. J'ai pris note que le début de la maladie professionnelle devait être fixé dès l'apparition des premiers symptômes, soit lors de l'émergence de la polyarthrite rhumatoïde (page 17 de l'arrêt du Tribunal Cantonal). Sur ce point, tenant compte des rapports à ma disposition, en particulier de celui du Pr N. _____, médecin chef de la clinique de rhumatologie de l'I. _____ daté du 24 juillet 2017, je note que les douleurs polyarticulaires sont apparues en mars 2005 sous forme d'une atteinte polyarticulaire aiguë qui ouvrait le diagnostic différentiel entre une polyarthrite rhumatoïde débutante et une arthrite virale, le premier diagnostic ayant été rapidement confirmé. Je propose donc de retenir comme date de survenue de la maladie professionnelle le mois de mars 2005. Si le jour exact est nécessaire, il faut demander des précisions sur la date de la première consultation chez le Dr [...], médecin qui a examiné l'assuré à l'époque, ou accepter la date proposée par le Tribunal Cantonal, soit le 24 mars 2005 (page 13 de l'arrêt du Tribunal Cantonal). 2. En ce qui concerne la date de stabilisation de la maladie, c'est clairement la pathologie articulaire qui est au premier plan. Je relève dans le rapport du Pr N. _____ du 21 mars 2019 que la maladie est toujours active sous forme d'une raideur matinale de plus de 4 heures et de tuméfactions articulaires, avec un contrôle sous traitement qui est décrit comme modéré, mais acceptable. Au niveau respiratoire, le service de pneumologie du G. _____ dans son rapport daté du 16 décembre 2019 précise que le patient est peu symptomatique et que la silicose

- 15 - pulmonaire est très discrète sur le plan radiologique, l'essentiel des lésions étant probablement en relation avec une sarcoïdose associée, pathologie qui n'est pas du domaine de l'assurance maladie. Les résultats des fonctions pulmonaires sont détaillés avec une atteinte qui est considérée comme discrète et stable. En effet, les pneumologues relèvent une perte de 680 ml sur le VEMS [volume expiratoire maximal par seconde], de 840 ml sur la capacité vitale fonctionnelle et de 900 ml sur la capacité pulmonaire totale entre 2018 et 2019, mais ce déclin fonctionnel limité au volume n'est pas dû à la maladie professionnelle. Il est attribué au remaniement parenchymateux post-œsophagectomie et aux douleurs post-opératoires limitant les manœuvres et qui sont en lien avec le traitement de l'adénocarcinome de la jonction œsophago-gastrique. (...) » Le 10 juin 2020, le Dr F. _____ s'est prononcé comme il suit en ce qui concerne la date de stabilisation de la maladie : « Dans le cas présent, je note que W. _____ est au bénéfice d'une rente complète de l'AI depuis le 1er janvier 2010 et n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis lors. Par conséquent, je propose de considérer que le cas était déjà stabilisé au

01.01.2010 selon la jurisprudence en cours. » Le 24 juin 2020, la CNA a procédé au calcul du gain assuré sur la base des revenus réalisés par l'assuré du 24 mars 2004 au 23 mars 2005, soit un gain annuel arrondi de 88'790 francs. Par décision du 1er juillet 2020, la CNA a reconnu le droit de l'assuré à une rente LAA entière calculée depuis le 1er mai 2012 en raison d'une diminution de la capacité de gain de 100 %, les prestations antérieures étant prescrites en application de l'art. 24 LPGa. Elle a retenu, au titre de gain assuré, un montant de 88'790 fr., correspondant à l'addition des revenus réalisés entre le 24 mars 2004 et le 23 mars 2005, soit l'année précédant l'apparition de la maladie professionnelle. Sur cette base, la CNA a calculé ses prestations et la rente LAA comme il suit : « Du Au Incapacité Rente Total de gain mensuelle par mois % CHF CHF 01.01.2010 30.04.2012 01.05.2012 30.06.2012 100.00 3 791.95 3 791.95

- 16 - 01.07.2012 28.02.2013 100.00 2 782.95 2 782.95 01.03.2013 28.02.2015 100.00 3 710.95 3 710.95 01.03.2015 30.04.2015 100.00 2 782.95 2 782.95 01.05.2015 31.07.2016 100.00 3 710.95 3 710.95 01.08.2016 31.01.2017 100.00 3 710.95 3 710.95 01.02.2017 100.00 4 638.95 4 638.95 La rente est calculée comme rente complémentaire au sens de l'article 20, alinéa 2, LAA. Pour la base du calcul de la rente complémentaire (CHF 92 786.-) on a tenu compte des dispositions de l'art. 31.2 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA). « Du Au 90 % du Sous Rente gain déduc. de [compl.] annuel la rente par mois AVS/AI (arrondie) (imputable) CHF CHF CHF 01.05.2012 30.06.2012 6 958.95 3 167.00 3 791.95 01.07.2012 28.02.2013 6 958.95 4 176.00 2 782.95 01.03.2013 28.02.2015 6 958.95 3 248.00 3 710.95 01.03.2015 30.04.2015 6 958.95 4 176.00 2 782.95 01.05.2015 31.01.2017 6 958.95 3 248.00 3 710.95 01.02.2017 6 958.95 2 320.00 4 638.95 » Agissant par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a formé opposition contre cette décision le 3 septembre 2020, contestant le gain assuré. Il a fait valoir que l'OAIE avait, le 5 mars 2013, calculé la rente AI sur la base d'un revenu annuel moyen sans invalidité de 106'704 francs. Il a ajouté que le 19 janvier 2009, l'OAI avait retenu un revenu sans invalidité de 99'042 fr., chiffre repris dans la décision subséquente du 14 mai 2009. L'assuré a qualifié les chiffres retenus dans le cadre de la procédure d'assurance-invalidité de « réalistes » au vu d'une comparaison avec l'extrait de compte individuel AVS de l'intéressé qui reflétait des revenus de plus de 100'000 fr. (jusqu'à 105'622 fr. en 1999) en 1999, 2000 et 2002. Il a également comparé le gain assuré retenu dans la décision du 1er juillet 2020 avec le salaire réalisé lors de ses dernières années de travail au taux d'activité de 50 %, soit un revenu de l'ordre de 3'800 fr. par mois au minimum, ce qui correspond à un revenu annuel de 98'800 fr. (2 × 13 mois × 3'800 fr.) par an pour un emploi à plein temps compte tenu du treizième salaire prévu par la CCT. Il a en outre requis des explications complémentaires au sujet des tableaux qui figuraient en page 2 de la décision du 1er juillet 2020.

- 17 - A l'issue d'une procédure de révision et par communication du 6 octobre 2020, l'OAIE a maintenu les prestations AI dont bénéficiait l'assuré dès lors que son degré d'invalidité n'avait pas changé de manière à influencer sur son droit à la rente AI. Par courrier du 23 novembre 2020, la CNA, Division juridique, a attiré l'attention du conseil de l'assuré sur les pièces 157 et 158 du dossier de la CNA s'agissant du calcul du gain assuré. En ce qui concernait les deux tableaux récapitulatifs des rentes figurant dans la décision attaquée (p. 2), elle a précisé que le premier indiquait le montant de la rente LAA allouée tandis que le second concernait le montant total des rentes (colonne 1), soit la rente AI (colonne 2) cumulée à la rente LAA (colonne 3). Le 7 décembre 2020, la CNA a versé au dossier

plusieurs rapports du G._____. Ces rapports, datés des 8 janvier, 23 juillet et 12 octobre 2020, ainsi que les CT thoraco-abdomino-pelvien des 25 mai,

E. 17

septembre et 7 décembre 2020, concernaient la prise en charge d'un adénocarcinome à cellules peu cohésives de la jonction œsophago- gastrique et des douleurs d'origine indéterminée potentiellement associées à ce cancer. Les médecins du G._____ ont mentionné que la polyarthrite rhumatoïde séropositive avait bien répondu au traitement d'Olumiant® et que la maladie était stabilisée. Il persistait uniquement une raideur des mains, mais avec très peu de crises ; d'autre part, la silicose pulmonaire était également tout à fait stable sur le plan radiologique. Le 22 février 2021, le recourant a complété son opposition. Il a contesté le calcul du gain assuré sur la base des revenus réalisés entre les mois de mars 2004 et de mars 2005 (pièce 157 du dossier CNA) au motif qu'il avait encore travaillé durant plusieurs années avant la reconnaissance de son invalidité qui n'était intervenue qu'à la fin de l'année 2009 selon le projet de décision de l'OAI du 19 janvier 2009, le versement d'une rente AI entière n'intervenant ensuite qu'en 2010 à la suite d'une péjoration de son état de santé. Il a fait valoir que le gain

- 18 - assuré devait être fixé à 106'704 fr., conformément à la décision de l'OAI du 5 mars 2013. Il a expliqué que, faute de comorbidité susceptible de ne pas être couverte par l'assurance-accidents, il n'existait aucune raison de s'écarter de ce chiffre. Fondé sur un degré d'invalidité de 80 % au mois de mars 2010 (20 % de capacité de travail résiduelle reconnue selon le projet d'acceptation de rente AI du 8 mars 2010), il s'est prévalu d'une perte de gain de 85'363 fr. 20 (106'704 fr. × 80 %), de sorte qu'il a conclu à une rente LAA annuelle de 68'290 fr. 55 (85'363 fr. 20 × 80 %), le calcul de surindemnisation étant encore réservé. Dans une appréciation du 24 février 2021, le Dr F._____ a indiqué que les rapports du G._____ des 8 janvier, 23 juillet et 12 octobre 2020 montraient une stabilisation de la maladie professionnelle du fait que la polyarthrite rhumatoïde séropositive avait bien répondu au traitement médicamenteux et que la silicose pulmonaire était tout à fait stable sur le plan radiologique. Par décision du 30 mars 2021, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré à l'encontre de sa décision du 1er juillet 2020. Elle a retenu, suivant en cela l'assurance-invalidité, que l'assuré avait été traité pour la première fois pour une polyarthrite rhumatoïde le 24 mars 2005 sur la base de l'arrêt de la CASSO du 24 octobre 2019 (AA 170/18 – 135/2019, p. 13), de l'appréciation de son médecin d'arrondissement du 3 février 2020 et de l'hémogramme réalisé le 24 mars 2005. Conformément à l'art. 15 al. 2 LAA, la CNA a confirmé un gain annuel assuré sur la base des revenus perçus par l'assuré entre le 24 mars 2004 et le 23 mars 2005, montant auquel elle a ensuite appliqué le renchérissement légal (art. 34 LAA ; art. 31 al. 2 OLAA). Elle a enfin fait application de l'ordonnance 09 du 29 octobre 2008 sur les allocations de renchérissement aux rentiers de l'assurance-accidents obligatoire (RS 832.205.27), pour indexer le revenu d'invalidité de 88'790 fr. à 92'786 francs. b) Par acte du 14 mai 2021, W._____, représenté par Me Carré, a recouru contre la décision sur opposition du 30 mars 2021,

- 19 - concluant à sa réforme dans le sens d'un droit à une rente LAA avec effet dès le 27 mars 2005, sur la base d'une perte de gain annuelle de 106'704 fr., assortie d'intérêts moratoires et au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision de concrétisation chiffrée de ce droit (périodes et taux pertinents, ainsi que coordination avec d'autres prestations d'assurances sociales). Il a contesté la fixation de la

rente LAA, sur la base de rémunérations datant de 2005, « erratiques et artificiellement basses » selon lui du fait qu'il avait maintenu une activité à temps partiel jusqu'en 2010, dont les revenus, extrapolés sur un plein temps, aboutissaient à tout le moins à un gain de 98'800 fr. pour les motifs indiqués dans son opposition à laquelle il se référait. Il a d'ailleurs observé avoir réalisé à répétées reprises un gain supérieur à 100'000 fr. en 1999 ainsi qu'au début des années 2000. Le recourant a rappelé que l'assurance-invalidité avait retenu les 19 janvier 2009 et 5 mars 2013 des revenus sans invalidité de 99'042 fr. puis de 106'704 francs, soutenant que les critères d'évaluation des deux assureurs sociaux étaient semblables et qu'il ne présentait aucune comorbidité prise en charge par l'assurance-invalidité qui aurait pu justifier un traitement différencié dans le cadre de l'assurance-accidents. Dans un second motif, le recourant a contesté le refus de prester de la CNA avant le mois de mai 2012, alléguant que le droit à la rente LAA n'était pas prescrit à cette date. Il a expliqué qu'il n'avait pas été en mesure de faire valoir ses droits auprès de la CNA avant d'apprendre qu'il souffrait d'une maladie professionnelle et qu'il avait ensuite immédiatement adressé une demande de prestations à la CNA le 22 décembre 2016. Il a ainsi conclu au versement d'une rente LAA depuis le 27 mars 2005, soit au terme du délai de carence de trois jours depuis l'incapacité avérée et reconnue par l'assurance-invalidité le 24 mars 2005. Il a soutenu que du fait de la nature de sa maladie professionnelle, qui avait des effets très similaires aux ravages de l'amiante, il n'y avait aucune perspective de guérison ou d'amélioration de sa santé, de sorte que sa situation s'était immédiatement stabilisée au sens de la LAA. Le recourant a justifié la nécessité d'un renvoi de la cause à l'intimée en premier lieu au motif que son taux d'incapacité de travail avait fluctué entre le 27 mars 2005 et fin 2009 et en second lieu en raison de la coordination entre les différentes assurances sociales.

- 20 - Par réponse du 18 juin 2021, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. Elle a maintenu les motifs l'ayant conduite à retenir un gain assuré de 92'786 fr., se référant à sa décision sur opposition. S'agissant du point de départ de la rente LAA, l'intimée a déclaré s'en remettre à justice. Le recourant a répliqué le 20 août 2021 et a confirmé ses conclusions, se référant à son mémoire de recours du 14 mai 2021. Le 3 septembre 2021, l'intimée a confirmé sa conclusion tendant au rejet du recours.

E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente LAA en raison de l'incapacité de gain engendrée par la maladie professionnelle dont il a été victime. Il a en particulier trait au revenu déterminant pour le calcul de la rente, au dies a quo du droit à celle-ci et au point de départ de la prescription.

- 21 - 3. a) 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). b) 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

- 22 - maladie professionnelle (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3e éd., 2016, n. 153 p. 949 ; cf. également art. 77 al. 1, deuxième phrase, LAA). c) 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). 4. a) 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 ; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents, in Ulrich Meyer [édit.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, Soziale Sicherheit – Sécurité sociale, 3e éd., Bâle 2016, n. 256 p. 984). b) aa) Revenu sans invalidité et gain assuré sont deux notions distinctes. Le revenu sans invalidité représente le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide; il permet calculer le degré

- 23 - d'invalidité selon la méthode générale de la comparaison des revenus et, partant, de déterminer le droit ou non d'un assuré à rente d'invalidité (art.

E. 18

al. 1 et 2 LAA). Le gain assuré, lui, sert de base au calcul du montant proprement dit de cette rente (art. 20 al. 1 LAA). La fixation de l'un et de l'autre sont soumis à des règles différentes (TFA U 259/04 du 7 juillet 2005 consid. 6.1). bb) En l'espèce, c'est la détermination du gain assuré qui est contestée par le recourant. cc) Selon l'art. 15 al. 1 LAA, les rentes de l'assurance- accidents sont calculées d'après le gain assuré. Les bases de calcul dans le temps du gain assuré sont différentes pour l'indemnité journalière et pour la rente (art. 15 al. 2 LAA). Est réputé gain assuré pour le calcul de la rente le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 2, deuxième phrase, LAA), y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (art. 22 al. 4, première phrase, OLAA. Conformément à la délégation de l'art. 15 al. 3 LAA, le Conseil fédéral a promulgué des dispositions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux, pour les rentes, à l'art. 24 OLAA. L'art. 24 al. 2 OLAA précise que lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Cette disposition a pour objectif une adaptation à l'évolution générale des salaires dans la branche concernée, afin de ne pas désavantager les assurés dont le droit à la rente naît plusieurs années après l'événement accidentel par rapport à ceux qui se voient octroyer la rente plus tôt, quand une forte augmentation des salaires s'est produite dans l'intervalle.

- 24 - Le salaire doit être adapté en fonction de l'évolution générale des salaires nominaux dans le domaine considéré et non pas de l'évolution générale des salaires dans l'entreprise de l'ancien employeur (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, op. cit., n. 186 p. 963 ; TF U 79/06 du 19 septembre 2006 consid. 4). L'art. 24 al. 2 OLAA ne vise en revanche pas à prendre en compte d'autres changements intervenus dans les conditions de revenu après l'accident, ou qui auraient pu se produire si celui-ci n'avait pas eu lieu ; le rapport de travail qui existait au moment de l'événement accidentel assuré reste déterminant pour fixer le gain assuré (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, op. cit., n. 186 p. 964 ; TFA U 282/03 du 19 novembre 2004 consid. 3.3). 5. a) En substance, l'intimée a octroyé au recourant une rente LAA entière fondée sur un degré d'invalidité de 100 %. Non contesté, le calcul du préjudice économique en question ne prête pas flanc à la critique (cf. décision du 1er juillet 2020 et le résumé des documents déterminants pour la fixation de la rente [pièce 158 CNA]). S'agissant du gain assuré, l'intimée a pris en compte l'addition des revenus perçus entre le 24 mars 2004 et le 23 mars 2005, soit l'année qui a précédé l'apparition des premiers symptômes de la maladie. Elle se réfère aux art. 15 al. 2 et 9 al. 3 LAA. Elle a ensuite majoré ce montant pour tenir compte du renchérissement (art. 34 LAA ; art. 31 al. 2 OLAA). L'intimée retient sur cette base un gain assuré de 92'786 francs. Le recourant ne conteste pas le constat de l'intimée selon lequel il a été traité pour la première fois le 24 mars 2005 pour la polyarthrite rhumatoïde (cf. appréciation médicale du Dr F. _____ du 3 février 2020), ce qui permet de fixer la date de survenance de la maladie professionnelle et ainsi la période de référence pour arrêter le revenu déterminant pour la fixation du gain

assuré. Le recourant ne conteste pas davantage le montant des revenus perçus l'année qui a précédé cette date, mais fait valoir une exception à la règle de prise en compte du dernier salaire avant l'atteinte à la santé dès lors qu'il a maintenu une activité à temps partiel au-delà de mars 2005 jusqu'en 2010 et a perçu

- 25 - des salaires représentant des revenus plus élevés si on les extrapolait sur un emploi à plein temps. Le recourant se prévaut du revenu sans invalidité de 106'704 fr. retenu par l'OAI le 5 mars 2013 et observe que, dans sa décision du 14 mai 2009, l'OAI avait fixé le revenu sans invalidité à 99'042 fr ; il qualifie ces chiffres de réalistes en les comparant à l'extrait de compte individuel AVS reflétant des revenus de plus de 100'000 fr. en 1999, 2000 et 2002. Il rappelle que, durant les années où il a continué de travailler à 50 % pour un salaire de 3'800 fr., il bénéficiait aussi d'un forfait pour son téléphone portable, de frais de représentation. Or, même en ne retenant que le revenu de 3'800 fr., cela représentait un montant de 7'600 fr. pour un taux d'activité de 100 % et de 98'800 fr. (7'600 fr. × 13 mois) par an compte tenu d'un treizième salaire prévu par la convention collective. La résolution du présent litige implique en conséquence d'arrêter la date de survenance de la maladie professionnelle, la date de naissance du droit à la rente LAA et le gain assuré à prendre en compte pour fixer la rente LAA. b) Il est rappelé que, dans sans son arrêt du 24 octobre 2019 (AA 170/18 – 135/2019), la Cour des assurances sociales a énoncé ce qui suit (pp. 18-19) : « 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 1er 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. N. _____ 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.

- 26 - (...) 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. » 6. a) Il convient de fixer la date à laquelle le droit à la rente LAA prend naissance, soit celle à laquelle il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité ont été menées à terme (cf. art. 19 al. 1 LAA et consid. 4a ci-dessus). Cette date pertinente permet de savoir si l'art. 24 al. 2 OLAA s'applique. L'intimée a fixé la date de la

stabilisation de la maladie professionnelle le 1er janvier 2010 sur la base de l'avis du Dr F. _____ du 10 juin 2020 qui préconisait de retenir la date du 1er janvier 2010, à savoir la date à partir de laquelle le recourant a bénéficié d'une rente AI entière. Il en a déduit que le droit à la rente LAA était ouvert dès cette date. Le recourant invoque quant à lui la date du mois de mars 2005 en faisant valoir qu'il n'existait pas de perspective de guérison ou d'amélioration de sa santé et qu'il était condamné à voir sa santé se dégrader inexorablement. b) En l'espèce, il ne ressort pas des avis médicaux au dossier que la maladie ne laissait aucune perspective d'amélioration en 2005 déjà. Les avis en question montrent au contraire que la maladie a présenté un caractère évolutif et qu'il était attendu du traitement une amélioration de l'état de santé. Le recourant a ainsi exercé son activité de poseur de sol jusqu'en 2008 (appréciation médicale du Dr F. _____ du 22 mai 2017). Ainsi, comme le recourant s'en prévaut d'ailleurs, celui-ci a bénéficié de

- 27 - mesures professionnelles, du 1er mai 2007 au 31 mars 2008, en particulier d'un reclassement interne auprès de l'entreprise E. _____ SA en qualité de chef de chantier alors qu'il occupait une fonction de poseur de sol avant son invalidité. Cette formation, de grade supérieur, lui a donné accès à un poste adapté à son état de santé dans la fonction précitée lui permettant de récupérer une capacité de travail de 50 % qu'il a pu mettre en valeur dans une activité adaptée jusqu'en 2010 avec une augmentation de son revenu. Sa situation s'est ensuite dégradée aboutissant à une incapacité de travail de 80 % dès le 1er janvier 2010 (cf. décision de l'OAI du 4 juin 2010) puis de 100 % à partir du 20 mars 2014 (communication de l'OAIE du 20 mai 2014). Au niveau strictement médical, les manifestations rhumatologiques sont au premier plan, ce dont les parties ne disconviennent pas. Dans son rapport du 24 juillet 2017, le Prof. N. _____ a rappelé que les traitements suivis s'étaient révélés partiellement ou ponctuellement efficaces les premières années pour ce qui était des symptômes résultant de la polyarthrite rhumatoïde séropositive. Ce spécialiste qualifie l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde de « relativement peu favorable ». Il y a toutefois lieu de constater que dans un premier temps, des réponses partielles avaient été observées avec un traitement d'Orencia® et de méthotrexate jusqu'en mars 2008, puis de méthotrexate/Arava®/MabThera® en association avec de la Salazopyrine® dès le début de l'année 2008, périodes durant lesquelles son patient a continué à travailler comme poseur de sol, puis comme chef de chantier et enfin dans un poste administratif avant de connaître une incapacité de travail de 80 % dès le 1er janvier 2010 comme précisé ci-dessus. Le 2 février 2018 (voir aussi son rapport du

E. 19

septembre 2018), ce spécialiste a aussi fait savoir à la CNA 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, posant un pronostic mauvais chez un patient pour lequel il

- 28 - n'y avait pas d'alternative thérapeutique et chez qui le dernier traitement actuel n'apportait qu'une réponse partielle. Même si les aspects respiratoires figurent au second plan, il y a lieu de constater une aggravation dès 2010 également dans cette sphère. Le Dr X. _____ de l'U. _____ a fait savoir à la CNA le 25 avril 2017 que les symptômes respiratoires du recourant avaient débuté à la fin de l'année 2007 avec une toux sèche ainsi qu'une dyspnée à l'effort. Ce médecin a rapporté une rythmicité professionnelle avec une disparition des symptômes durant les week-ends et les vacances. L'U. _____ rapporte une pneumopathie interstitielle diffuse micronodulaire, déjà retrouvée sur le CT-scan

thoracique de 2010 et qui s'était ensuite aggravée. C'est également en 2010 qu'est apparue une bronchiolite inflammatoire à prédominance neutrophilique, considérée dans le cadre de la polyarthrite. Sur le plan pneumoradiologique, la Dre V. _____ a relevé dans son rapport du 22 décembre 2017 une polyadénopathie hilare et médiastinale en majoration depuis 2010. Ce rapport montre que, sous réserve des atteintes virales ou bactériennes, les symptômes n'ont pas cessé et que la situation ne s'est pas améliorée, ce nonobstant le suivi au service de pneumologie du V. _____. Les pneumologues de ce service notaient d'ailleurs dans leur rapport du 16 décembre 2019 un patient peu symptomatique et une silicose pulmonaire très discrète sur le plan radiologique, l'essentiel des lésions étant probablement en relation avec une sarcoïdose associée. Les résultats des fonctions pulmonaires montraient en outre une atteinte discrète et stable. Au final, une péjoration des atteintes pneumologiques est aussi observée dès 2010. Sans minimiser la gravité des atteintes et des souffrances, une dégradation continue de l'état de santé du recourant pour la période déterminante allant de 2005 à 2010 n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante dès lors que des évolutions sont retenues

- 29 - par les médecins et ont permis, même temporairement, de recouvrer une capacité de travail partielle dans une activité adaptée. Les révisions périodiques de la rente AI n'ont pas apporté de nouveaux éléments et la rente AI entière a été maintenue (cf. décisions des 23 avril 2015, 7 février 2017 et 6 octobre 2020). Sur le vu des décisions de l'AI et des pièces médicales du dossier, c'est de manière conforme au droit fédéral que l'intimée a fixé au 1er janvier 2010 la date de stabilisation de l'état de santé au sens de l'art. 19 LAA dès lors qu'aucune amélioration, avec répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé, ne s'est produite après cette date. Comme ce droit est né moins de cinq ans après la survenance de la maladie (24 mars 2005 au 1er janvier 2010), l'art. 24 al. 2 OLAA ne s'applique pas. c) Ainsi, le droit à la rente LAA est ouvert dès le 1er janvier 2010. Le montant du droit à cette rente doit, en principe, être calculé sur la base de la dernière année de salaires perçus avant la maladie, soit entre mars 2004 et mars 2005, comme l'a fait l'intimée. Il convient toutefois d'examiner s'il y a lieu de tenir compte, lors de la détermination du gain assuré, de l'évolution réelle des revenus et des chances réelles d'avancement compromises par l'atteinte à la santé en posant la présomption que l'assuré aurait continué à exercer son activité sans la survenance de l'invalidité, comme le fait valoir le recourant. Il estime en effet que le revenu perçu postérieurement à l'apparition de la maladie est plus représentatif et se fonde sur le Commentaire romand de la LPGA (Margit Moser-Szeless, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser- Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, n. 17 ad art. 16 LPGA). Il ressort en l'espèce de la décision de l'OAI du 14 mai 2009 que le recourant a bénéficié de mesures professionnelles du 1er mai 2007 au 31 mars 2008. Celles-ci ont abouti à un engagement en qualité de chef d'équipe de poseurs de sols à la fin de sa formation, ce qui équivalait à une

- 30 - promotion par rapport à un poseur de sol. Au bénéfice de cette évolution professionnelle, l'intéressé a perçu un salaire de 48'750 fr. pour un taux d'activité de 50 % dès le 1er avril 2008. Il est ainsi établi que le recourant a pu développer ses compétences avec l'aide de l'AI et évoluer dans sa profession malgré sa maladie (cf. aussi extrait du compte individuel AVS du 16 avril 2018). Or le paragraphe du commentaire de la LPGA sur lequel le recourant s'appuie pour la prise en compte des revenus postérieurs à l'apparition de la maladie traite de la détermination du revenu sans invalidité qui doit être fixé de la manière la plus concrète possible. Cependant, comme on l'a vu plus haut, la

détermination du revenu sans invalidité ne suit pas les mêmes règles que la fixation du gain assuré, de sorte que cette référence n'est pas pertinente. C'est ainsi à tort que le recourant se réfère aux bases retenues dans la décision de l'assurance-invalidité dès lors qu'elles servaient à déterminer le revenu sans invalidité à prendre en considération au sens de l'art. 16 LPGA et non du gain assuré au sens des art. 15 al. 1 LAA et 22 ss OLAA. Il s'agit de deux questions indépendantes et suivant des règles distinctes (cf. consid. 4b/aa ci-dessus). Conformément à l'art. 15 LAA, les rentes sont calculées d'après le gain assuré (al. 1), à savoir le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (al. 2). Le Conseil fédéral a la faculté d'édicter des prescriptions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux, notamment en cas de maladie professionnelle (art. 15 al. 3 let. b LAA). Toutefois, à ce jour, le Conseil fédéral n'a pas fait usage de cette délégation de compétence (voir les art.

E. 22

décembre 2016 qui demandait clairement l'ouverture d'une instruction et la prise en charge de la maladie professionnelle doit être considéré

- 34 - comme acte déterminant quant à l'observation des délais et aux effets juridiques de la demande. d) On a vu ci-dessus que le droit à la rente LAA était ouvert dès le 1er janvier 2010 (cf. consid. 6a ci-dessus). En présence de prestations périodiques, le droit à la rente en tant que tel ne peut être atteint ni par la prescription ni par la péremption ; il convient en revanche d'examiner chacune des rentes LAA mensuelles pour déterminer lesquelles se sont éteintes par l'écoulement du temps (consid. 7b ci-dessus). En conséquence, seules les rentes LAA antérieures au 1er décembre 2011 sont prescrites, et non pas au 1er mai 2012 comme l'a retenu l'intimé sur la base d'un dossier incomplet ne prenant pas en compte le courrier de Me Carré du 22 décembre 2016, du reste jamais indexé au dossier de la CNA. e) Pour expliquer le retard du dépôt de la demande, le recourant se prévaut du diagnostic tardif de sa maladie professionnelle puisque, dans un premier temps (en 2005), seule la polyarthrite rhumatoïde a été diagnostiquée et que ce n'est que lors du diagnostic de silicose posé en 2016 (cf. rapports du Dr P. _____ du rapport du

E. 25

avril 2017 (toux sèche accompagnée d'une dyspnée à l'effort avec une rythmicité professionnelle; bronchiolite inflammatoire à prédominance neutrophilique dans le cadre de la polyarthrite en 2010), celui du Prof. N. _____ du 24 juillet 2017 (symptômes respiratoires alors considérés dans le cadre de la polyarthrite rhumatoïde), ainsi que selon le rapport de la Dre V. _____ du 22 décembre 2017 (scanner du 8 janvier 2010 montrant une micronodulation compatible avec une bronchiolite infectieuse et une micronodulation périlymphatique). La Cour de céans avait déjà relevé ce fait dans son arrêt du 24 octobre 2019 (AA 170/18 – 135/2019, pp. 17-18). Sur cette base, la Cour a admis que la maladie professionnelle existait dès 2005, et non pas seulement à l'apparition de la silicose (ibid.), car si le syndrome de Caplan s'est d'abord manifesté avec une prédominance des symptômes de la polyarthrite rhumatoïde, les premiers symptômes respiratoires, dans un premier temps plus discrets, étaient apparus en 2007 (rapport du Prof. N. _____ du 24 juillet 2017). La Cour a ainsi considéré que la maladie professionnelle (syndrome de Caplan) existait dès l'apparition des premiers symptômes, soit lors de l'émergence de la polyarthrite rhumatoïde. Ses motifs étaient les suivants (pp. 18-19) : « 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. N._____ et le rapport du Dr Q._____ [service de pneumologie du G._____] 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. N._____ (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'U._____ du 25 avril 2017 et le rapport du Prof. N._____ 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 ;

- 36 - seul le diagnostic définitif, admis par les parties sur la base des rapports de la Dre V._____ du 22 septembre 2017 et de l'U._____ du 25 avril 2017, est décisif (voir aussi le rapport du 17 décembre 2018 du Dr Q._____). » Par voie de conséquence, dès lors que les symptômes sont apparus dès 2005 avec une prédominance pour les symptômes rhumatologiques certes, mais avec des symptômes respiratoires qui se sont développés au moins dès 2007, on ne se trouve pas en présence d'une maladie professionnelle qui ne se serait développée qu'en 2016- 2017, ce qui expliquerait que l'annonce n'ait été déposée qu'à ce moment-là. Cette maladie aurait pu être suspectée à l'époque de l'apparition des premiers symptômes respiratoires compte tenu de l'existence des deux aspects rhumatologiques et pulmonaires affectant l'état de santé du recourant, ainsi que de l'exposition du recourant à des poussières de silice dans son activité professionnelle, problématique au demeurant connue de la science médicale à cette époque (cf. G M Calvert, F L Rice, J M Boiano, J W Sheehy, W T Sanderson, Occupational silica exposure and risk of various diseases: an analysis using death certificates from 27 states of the United States, *Occup Environ Med*, 2003 Feb ; 60[2], pp. 122-129 produite en annexe au rapport du Prof. N._____ du 31 octobre 2017), ce que le Prof. N._____ admet lui-même dans son rapport du 17 septembre 2018 (« [...] l'association entre les poussières de silice et la polyarthrite rhumatoïde est reconnue de longue date, décrite en 1953 déjà, [...] »). Elle aurait ainsi pu faire l'objet d'une annonce à cette époque déjà. L'annonce aurait eu pour effet pour l'intéressé de sauvegarder le délai de péremption de cinq ans prévu par l'art. 24 al. 1 LPGA (Guy Longchamp, op. cit., n. 29 ad art. 29 LPGA). Compte tenu de ce qui précède, le recourant ne peut pas se prévaloir d'avoir été dans l'ignorance de l'existence de sa maladie professionnelle jusqu'à fin 2016. 8. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être très partiellement admis. La décision sur opposition rendue le 30 mars 2021 doit être réformée en ce sens que le droit à la rente LAA est reconnu dès le 1er décembre 2011.

- 37 - b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA). c) Obtenant très partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens, réduite, à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 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'intimée qui succombe.

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