

VS_GERICHTE S2 22 57 vom 3. September 2024

VS Kantonsgericht, 2024-09-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 22 57](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_22_57)

FR: VS_GERICHTE S2 22 57 du 3 septembre 2024

IT: VS_GERICHTE S2 22 57 del 3 settembre 2024

Regeste

S2 22 57 ARRÊT DU 3 SEPTEMBRE 2024 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ; Mireille Allegro, greffière ; en la cause HOIRIE DE FEU X _____, recourante, représentée par Maître Dominique Sierro, avocat, à Sion contre CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA), intimée (maladie professionnelle, rente d'invalidité, indemnité pour atteinte à l'intégrité et vraisemblance prépondérante)

Erwägungen

E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément. Remis à la poste le 8 juillet 2022, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 10 juin précédent, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'autorité compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

- 11 -

E. 2

Le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité en raison de la maladie professionnelle et sur la date du début du droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité reconnu par l'intimée.

E. 3

En premier lieu, il sied de rappeler que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (et vice-versa, cf. ATF 133 V 549 et 131 V 362 consid. 2.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_374/2021 du 13 août 2021 consid. 5.6 ; 8C_507/2022 du 28 novembre 2022 consid. 6.6 ; 8C_530/2022 du 25 avril 2023 consid. 4.3.1), dès lors que l'assurance-invalidité tient compte de l'état de santé global de l'assuré et non uniquement des atteintes accidentelles ou professionnelles. Ainsi, les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité sont indépendantes (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3) et la recourante ne peut rien tirer du fait que l'assurance- invalidité a accepté d'allouer à l'assuré une rente AI de 1983 à 1993.

E. 4

La recourante prétend à l'octroi d'une rente d'invalidité en raison des maladies professionnelles reconnues par le Dr K _____ dans son expertise du 17 janvier 2020, à

savoir la pneumopathie interstitielle, la silicose pulmonaire et le mésothéliome malin de la plèvre. Pour sa part, l'intimée conteste les conclusions du Dr K _____ relatives à la pneumopathie interstitielle et estime que le début de l'invalidité médico- théorique ne peut pas être fixé avant la prescription de l'oxygénothérapie à domicile en 2014.

E. 4.1.1

En vertu de l'article 6 alinéa 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). Selon l'article 9 LAA, 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. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent (al. 1). Sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (al. 2). Sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée. Une maladie professionnelle est réputée déclarée dès que la

- 12 - personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler (art. 6 LPGA) (al. 3). Aux termes de l'article 18 alinéa 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. 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). L'invalidité est une notion économique et non médicale. Ce sont les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain qui sont déterminantes et non le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin. 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).

E. 4.1.2

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

E. 4.1.3

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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 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 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

- 13 - comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

E. 4.2

En l'espèce, le 24 mai 2019, l'intimée a ordonné la mise en œuvre d'une expertise auprès du Dr K _____, afin de déterminer les maladies dont souffrait l'assuré, depuis quand elles existaient et si elles étaient dues exclusivement ou de manière prépondérante à l'exercice de l'activité professionnelle. Dans son rapport du 17 janvier 2020 (pièce 91), l'expert a relevé la présence de 21 maladies. Il a conclu que le décès était dû à une insuffisance respiratoire attribuable à la conjonction des maladies suivantes : de manière prépondérante à une pneumopathie interstitielle commune, de manière non prépondérante à une silicose pulmonaire simple, de manière non prépondérante à un emphysème pulmonaire, à une bronchopneumonie et à des fractures des côtes. Au terme de son raisonnement, il a estimé que la pneumopathie interstitielle visible pour la première fois au scanner du 19 décembre 2015 était due à plus de 50% à une exposition professionnelle, que la silicose pulmonaire simple était due exclusivement à l'exposition professionnelle, que le mésothéliome malin de la plèvre (découvert fortuitement à l'autopsie et qui n'était pas la cause du décès) était

- 14 - exclusivement dû à une exposition professionnelle et que l'emphysème pulmonaire et la bronchite chronique étaient probablement d'origine professionnelle, en l'absence de tabagisme. Le 15 juin 2020, l'intimée a soumis l'expertise à la Dresse L _____, qui a confirmé « dass der Versicherte an folgenden Berufskrankheiten gelitten hat : an einer Silikose sowie auch an einem linksseitigen Pleuramesotheliom » (que l'assuré souffrait des

maladies professionnelles suivantes : silicose et mésothéliome pleural gauche). La spécialiste en médecine du travail n'a pas mentionné les autres diagnostics retenus par l'expert, sans toutefois donner d'explications. Elle a conclu son bref avis en ces termes : « In der Gesamtschau der Befunde ist allerdings davon auszugehen, dass der Versicherte an den Folgen der Sepsis im Rahmen der Pneumonie verstorben ist. Die Pneumonie ist im Gefolge der Berufskrankheiten zu interpretieren. Damit ist der Versicherte an den Folgen seiner Berufskrankheiten verstorben » (au vu des résultats globaux, on peut supposer que l'assuré est décédé des suites d'une septicémie dans le cadre d'une pneumonie, qui doit être interprétée comme une conséquence des maladies professionnelles, de sorte que l'assuré était décédé des suites de ses maladies professionnelles) (pièce 100). Sur la base de cet avis, l'intimée a reconnu le droit à une rente de veuve (pièce 101). Invité à statuer sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, le Dr J _____ a indiqué, le 9 décembre 2021, que selon l'expertise du Dr K _____ - dont les conclusions avaient été acceptées par la CNA -, la cause principale de l'insuffisance respiratoire n'était pas la silicose pulmonaire ni l'emphysème, mais la pneumopathie interstitielle commune, pour laquelle un traitement d'oxygénothérapie avec système mobile d'administration d'oxygène avait été prescrit dès le 1er juillet 2014. Il a dès lors considéré qu'à cette date-là, on pouvait admettre que l'assuré présentait un tableau clinique sévère sur le plan pulmonaire donnant droit à une indemnisation pour atteinte à l'intégrité maximale de 80% (pièce 148). Par la suite, dans le cadre de l'examen du droit à la rente d'invalidité, le Dr J _____ a mis en doute les conclusions du Dr K _____. Alors que la pneumopathie interstitielle l'avait conduit à admettre une indemnité pour atteinte à l'intégrité, il a cette fois-ci estimé que la relation entre la pneumopathie interstitielle commune et l'activité professionnelle n'était pas démontrée. Pour justifier sa position, il a rappelé que le 15 juin 2020, la Dresse L _____ n'avait reconnu que la silicose et le mésothéliome comme maladies professionnelles. Or, comme relevé ci-dessus, dans cet avis, la Dresse L _____ n'a aucunement expliqué pourquoi elle ne retenait pas les autres atteintes

- 15 - admises par le Dr K _____. Aucunement motivé, ce rapport ne saurait suffire à écarter l'expertise de ce dernier. Le Dr J _____ a encore tenu à souligner que le travail dans une fonderie ne pouvait pas être assimilé à celui d'un mineur de fonds et que les articles cités dans l'expertise ne correspondaient pas forcément à la vérité scientifique reconnue au niveau international. Comme l'a relevé le Dr K _____ dans sa prise de position du 7 juillet 2022, l'intimée n'a toutefois fourni aucun contre-argument scientifiquement étayé ni de documentation à l'appui de ses affirmations, pour réfuter le raisonnement de l'expert. Ce dernier a une nouvelle fois expliqué en détail les étapes de son raisonnement, permettant ainsi de démontrer qu'il n'y avait pas de contradictions dans son expertise et que l'avis du Dr J _____ relevait d'une mauvaise interprétation de son contenu. Cet exposé clair et cohérent convainc la Cour. La Cour remarque par ailleurs que ni la Dresse L _____ ni le Dr J _____ n'ont expliqué pour quelles raisons l'emphysème pulmonaire et la bronchite chronique ne pouvaient pas être mis en lien de causalité prépondérante avec l'exposition professionnelle à la silice, comme l'a retenu le Dr K _____ (cf. ch. 2.1 et 4 de l'expertise ; pièce 91). Incomplète et contradictoire, l'appréciation des médecins de l'intimée ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante. Au vu de ces considérations, la Cour estime qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise ordonnée par l'intimée et réalisée par le Dr K _____ en pleine conformité avec les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. Il sied dès lors d'admettre comme maladies professionnelles : le mésothéliome malin de la

plèvre, la silicose pulmonaire, la pneumopathie interstitielle commune, l'emphysème pulmonaire et la bronchite chronique (cf. ch. 2.1 de l'expertise du 17 janvier 2020 ; pièce 91, p. 3).

E. 4.3

Pour savoir si le droit à une rente d'invalidité existe, il sied d'examiner s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'une ou l'autre de ces maladies professionnelles a été la cause, avant l'âge de la retraite de l'assuré (en août 1993), d'une incapacité de travail, respectivement de limitations fonctionnelles conséquentes, justifiant une invalidité médico-théorique.

E. 4.3.1

S'agissant du mésothéliome de la plèvre, ce dernier a été découvert fortuitement à l'autopsie du 23 décembre 2015 et n'a pas joué de rôle dans le décès de l'assuré. Il sied dès lors de considérer qu'il n'a pas été à l'origine d'une incapacité de travail, respectivement d'une invalidité, durant l'activité professionnelle.

- 16 -

E. 4.3.2

Il en va de même de l'emphysème pulmonaire qui, selon les conclusions de l'expert, a été mis en évidence pour la première fois lors du scanner du 19 décembre 2015.

E. 4.3.3

Concernant la silicose pulmonaire, le Dr K _____ a constaté qu'il n'avait pas été possible de l'établir entre 1980 et 1992, date de la dernière expertise (à savoir celle du Dr G _____ ; pièce 60, p. 11). Il a expliqué que cette atteinte n'avait pas été massive et progressive et avait évolué à bas bruit. En outre, il a relevé qu'au moment du décès, la silicose n'était pas prépondérante comme cause de l'insuffisance respiratoire. Rien ne permet dès lors de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré aurait connu des limitations fonctionnelles invalidantes liées spécifiquement à cette atteinte au cours de son activité professionnelle.

E. 4.3.4

Il en va de même de la pneumopathie interstitielle commune. Selon l'expert, cette atteinte a été mise en évidence pour la première fois au scanner du 19 décembre 2015. Toutefois, à la lecture attentive des pièces du dossier, la Cour constate que le diagnostic a été mentionné en 2003 par le Dr N _____ dans son rapport du 6 juin 2003 (cf. pièces annexées à l'opposition du 25 janvier 2022 ; pièce 155, p. 16) ; celui-ci faisait état d'un syndrome restrictif léger sans obstruction équivalant à une pneumopathie interstitielle de type fibrose d'origine indéterminée. Cependant, force est de constater qu'à cette date, l'assuré était déjà à la retraite depuis de nombreuses années. Cette maladie professionnelle n'ouvre dès lors pas le droit à une rente d'invalidité LAA.

E. 4.3.5

Enfin, force est de constater que si l'assuré souffrait effectivement déjà de bronchite chronique ou d'asthme bronchique (à savoir des symptômes de toux et des difficultés à respirer) avant sa retraite, il ressort de la dernière expertise établie le 3 mars 1994 par le Dr G _____ - soit dans le courant de l'activité professionnelle -, que cette atteinte était bien traitée. Selon le Dr G _____, les examens fonctionnels étaient dans les limites de

la normale et il n'existait pas d'invalidité médicale théorique imputable à une atteinte pulmonaire - à charge de l'assurance-accidents (cf. pièce 60, p. 5). Sur la base des avis médicaux à sa disposition, la CNA avait alors informé l'assuré par communication - non contestée - du 11 avril 1994 (pièce 60, p. 1), que l'existence d'une maladie professionnelle était toujours ni certaine ni probable et que l'allocation de prestations d'assurance n'entraînait pas en considération. La Cour observe qu'à cette date, l'oxygénothérapie prescrite par le Dr F _____ - au moins depuis fin 1982 au vu de la demande de prestations AI (cf. questionnaire à l'intention de la Commission AI ; pièce 61, p. 2) - était bien connue et faisait partie des

- 17 - traitements permettant d'améliorer les symptômes de l'assuré. Il ne s'agit dès lors pas d'un nouvel élément justifiant de reconsidérer la position de l'intimée, à cette époque, de refuser tout droit à des prestations de l'assurance-accidents.

E. 5

Le recourant réclame encore l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité depuis 1988 et non depuis 2014. A cet égard, la Cour constate que le Dr J _____ a admis l'existence d'une atteinte à l'intégrité en raison de la pneumopathie interstitielle commune reconnue comme maladie professionnelle et ayant entraîné le besoin d'un traitement d'oxygénothérapie à domicile dès le 1er juillet 2014, sur prescription du Dr F _____ le 11 juin 2014 et du Dr M _____ le 18 juin 2015 (pièce 136). Comme on l'a vu ci-dessus, avant ces ordonnances médicales, le diagnostic de pneumopathie interstitielle avait déjà été cité une fois par le Dr N _____ dans son rapport du 6 juin 2003 (cf. pièces annexées à l'opposition du 25 janvier 2022 ; pièce 155, p. 16) ; l'assuré présentait alors un syndrome restrictif léger sans obstruction, pour lequel le pneumologue avait renoncé à introduire une corticothérapie ainsi qu'une oxygénothérapie à domicile. Ainsi, il n'est pas possible d'affirmer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'appareillage et l'oxygénothérapie prescrits par le Dr F _____ depuis 1982 (cf. questionnaire à l'intention de la Commission AI ; pièce 61, p. 2) l'étaient spécifiquement en raison d'une maladie professionnelle. Dans ces conditions, l'appréciation du Dr J _____ du 9 décembre 2021 (pièce 148) estimant qu'un tableau clinique sévère ne peut être reconnu qu'à partir du 1er juillet 2014 ne souffre d'aucune critique.

E. 6

En tous points mal fondé, le recours est rejeté et la décision sur opposition du 10 juin 2022 confirmée. Le dossier étant suffisamment clair et probant, il n'y a pas lieu mettre en œuvre de plus amples mesures d'instruction (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid.4.1).

E. 7.1

La procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais.

E. 7.2

Vu le sort du litige, il n'est pas alloué de dépens. Par ces motifs,

- 18 - Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 3 septembre 2024

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