

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 janvier 2012

---

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD  
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Favre  
Greffière: Mme Favre

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

I. \_\_\_\_\_, à Crissier, recourant, représenté par Me Eduardo Redondo, avocat à Vevey,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

---

**Art. 9 al. 1, art. 18 al. 1 et 2, art 19 al. 1 LAA; art 16 LPG**A

**E n f a i t :**

**A.** I. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1954, marié et père de deux enfants aujourd'hui majeurs, a travaillé en qualité de carreleur pour la société S. \_\_\_\_\_, dès le 24 avril 1989, puis pour l'entreprise W. \_\_\_\_\_ à compter du 19 juin 2004. A ce titre, il était assuré en cas d'accidents professionnels et non professionnels, auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la CNA ou la caisse).

**B.** Le 19 mai 2004, I. \_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi de mesures de réadaptation.

Dans un rapport médical du 11 juin 2004, la Dresse B. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de douleurs paralombaires droites chroniques avec irradiation intermittente au membre inférieur droit depuis 2001 et d'état anxio-dépressif récidivant depuis 2000, pour lesquels elle attestait de plusieurs périodes d'incapacité de travail dès le 18 mars 2003, oscillant entre 50 et 100%. Divers documents médicaux étaient joints audit rapport, dont un rapport du 7 juin 2000 de la Dresse [...], chef de clinique auprès du Département universitaire de psychiatrie adulte (ci-après: le DUPA), secteur de psychiatrie de liaison, qui posait les diagnostics d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10), de personnalité dépendante (F60.7), ainsi que de dépendance à l'alcool, utilisation continue. La Dresse [...] faisait alors état d'un épisode de crise à mettre en relation avec les difficultés relationnelles que rencontrait l'assuré avec son fils aîné.

Dans un formulaire de l'AI à l'attention de l'employeur du 18 juillet 2004, la société S. \_\_\_\_\_ a déclaré que l'assuré avait perçu en 2003 un salaire horaire de 28 fr. 90, sur la base d'une durée de travail journalière de 8 heures et demi et d'une semaine de travail de 5 jours. Elle a toutefois indiqué que l'assuré était en incapacité de travail à 50% depuis le 18 mars 2003.

Le 16 mars 2006, l'assuré a fait l'objet d'un examen bidisciplinaire auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), qui a été confié aux Drs Q.\_\_\_\_\_, rhumatologue et H.\_\_\_\_\_, psychiatre. Leur rapport médical du 21 juin 2006 fait état notamment de ce qui suit:

"Diagnostics

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- douleurs para-lombaires droites chroniques dans un contexte de syndrome facetaire L5-S1 (M43.0)
- dysfonction sacro-iliaque droite sur raccourcissement du membre inférieur droit et pieds plats
- bursite pré-rotulienne récidivante (M70.4)

[...]

Les incapacités de travail attestées par le médecin traitant sont tout à fait justifiées au vu des atteintes à la santé mises en évidence par notre examen clinique. La poursuite de son activité professionnelle de maçon — carreleur est à moyen terme contre-indiquée en raison des contraintes qu'elle impose aussi bien au niveau des deux genoux que du rachis.

Actuellement, nous estimons la capacité de travail en dehors de l'épisode aigu lié à la bursite pré-rotulienne de 50 à 70% en fonction de la charge physique de l'activité professionnelle. Dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 100%, sans aucune diminution de rendement.

[...]

Sur le plan psychiatrique, nous sommes en présence d'une personne de 52 ans d'origine espagnole. Dans le développement psycho-affectif précoce, on ne relève pas d'événements graves [...]. On relève néanmoins l'absence du père pendant 2 ans, et cela a peut-être contribué à la mise en place d'une personnalité dépendante, tel que ce diagnostic figure dans le compte rendu d'intervention CITS du 07.06.00.

La présence de ce trouble de la personnalité n'est pas incapacitante. Néanmoins, il se manifeste par une fragilité psychique. En effet, lorsqu'il a des préoccupations importantes, il se décompense sur un mode dépressif (trouble de l'adaptation avec réaction dépressive, cf. plus bas)."

**C.** Dès le 15 août 2006, l'assuré a subi une nouvelle incapacité de travail en raison d'une bursite pré-rotulienne droite, lésion de la corne postérieure du ménisque interne, de laquelle il a été opéré le 16 août 2006 (rapport médical de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande du 21 décembre 2006).

Le cas a été annoncé à la CNA et l'assuré a repris le travail à 50% dès le 13 octobre 2006 (déclaration de maladie professionnelle de l'employeur du 1<sup>er</sup> novembre 2006).

Par la suite, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a prolongé l'incapacité de travail à 50% pour une durée indéterminée. Dans un rapport médical du 20 avril 2007 adressé à la CNA, ce médecin a fait état d'une évolution défavorable, signalant des troubles dégénératifs importants. Il indiquait qu'une nouvelle intervention chirurgicale du genou droit était envisagée, mais qu'un dommage permanent restait à craindre.

Le 23 mai 2007, l'assuré a été entendu par un inspecteur de la CNA. Il a exposé en substance qu'il souffrait du genou droit depuis 5 ou 6 ans. Au début du mois d'avril 2006, il avait toutefois constaté que son genou était très enflé et une imagerie par résonance magnétique (ci-après: IRM), pratiquée par son médecin traitant, avait révélé l'usure avancée du ménisque droit et confirmé la nécessité d'une intervention chirurgicale, laquelle avait été pratiquée le 16 août 2006 à l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande. Il souffrait également d'une dépression depuis environ 8 ans, pour laquelle il était sous traitement médicamenteux. Il ajoutait être au bénéfice de mesures de réadaptation de l'AI et avoir suivi un stage d'observation professionnelle auprès de l'Organisation pour l'intégration professionnelle des personnes handicapées (ci-après: l'Oriph) d'Yverdon-les-Bains durant le mois d'avril 2007. Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2007, il était inscrit à l'assurance-chômage et recherchait un emploi de carreleur à un taux de 50%.

Selon les conclusions du rapport de fin de stage de l'Oriph du 8 mai 2007, l'assuré était en mesure d'exercer une activité adaptée à 100% sans diminution de rendement. Dès lors une formation pratique de courte durée ainsi que l'octroi de mesures d'aide au placement étaient préconisés par les responsables du stage de l'Oriph. L'assuré était en effet apte, selon eux, à travailler dans des activités telles que la conduite de machines automatiques type CNC avec travaux accessoires d'ébavurage, de câblage de petits tableaux électriques à l'aide de schémas, de travaux artisanaux sur bois, ainsi que de montages mécaniques légers à l'établi. Etait joint à ce document un rapport médical de la Dresse X. \_\_\_\_\_, médecin conseil de l'Oriph, qui attestait une capacité de travail médico-théorique entière dans toute activité légère ne nécessitant pas le port de charges lourdes, le port répété de charges modérément lourdes, les mouvements répétés de flexion antérieure et de rotation du tronc, ainsi que les positions statiques prolongées.

Dans un rapport médical du 12 juillet 2007, le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin assistant auprès de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande, a fait état d'une évolution favorable de l'atteinte au genou droit; l'assuré avait fait l'objet d'un examen médical le 15 juin 2007, révélant un status local calme bien que la peau pré-rotulienne fût légèrement empâtée. Il se plaignait toutefois de douleurs lors de position assise prolongée dans ses activités professionnelles et avait été mis au bénéfice d'une genouillère de protection permettant de soulager la région pré-rotulienne.

Le 13 juillet 2007, l'assuré a été examiné par le médecin conseil du Service de l'emploi en la personne de la Dresse N. \_\_\_\_\_, laquelle a estimé en substance qu'il ne pouvait plus travailler dans son activité habituelle de carreleur mais qu'il disposait d'une capacité de travail résiduelle entière dans une activité adaptée, évitant le port de charges à répétition au-dessus de 15 kg, les montées et descentes d'escaliers, et permettant de changer les positions debout-assis-marche (cf. rapport médical du 16 juillet 2007).

L'assuré a finalement été examiné le 7 novembre 2007 par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr J.\_\_\_\_\_, lequel a conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, la seule limitation fonctionnelle clairement identifiable en relation avec la maladie professionnelle étant le travail à genoux. Il constatait que le genou droit ne présentait pas de signe inflammatoire local, de bursite, de signes méniscaux ou rotuliens, ni de laxité pathologique et préavisait dès lors pour la prise en charge par la CNA des indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 50% jusqu'au 13 juillet 2007. Dès cette date en effet, l'assuré avait été indemnisé par l'assurance-chômage sur la base d'une capacité de travail de 100%. L'assuré a également déclaré suivre une formation de mécanicien auprès de l'Oriph de Morges qu'il ne pensait cependant pas poursuivre en raison de problèmes psychiques. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a toutefois indiqué que la CNA n'avait pas à intervenir pour ce nouveau cas, les troubles psychiques dont se plaignait l'assuré ne relevant pas de la maladie professionnelle, de sorte que la caisse pouvait définitivement clore le dossier.

Une copie du rapport final de la mesure précitée rendu par l'Oriph le 23 avril 2008 a été adressée à la CNA. Ce rapport mentionne que l'assuré a interrompu la formation pratique initiée au Centre Oriph de Morges en date du 7 mars 2008 pour des raisons d'ordre psychique, lesquelles ont nécessité son internement au DUPA, site de Cery.

Le 28 avril 2008, la Dresse R.\_\_\_\_\_, chef de clinique du DUPA, site de Cery, a rendu un rapport médical dans lequel elle a posé le diagnostic de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, existant depuis 1999 (CIM 10 - F33.3), entraînant une incapacité de travail de 100% dès le 23 mars 2008. Elle a exposé que l'assuré avait une structure de personnalité très fragile et des capacités d'adaptation limitées, ce qui expliquait qu'il était rapidement débordé lorsqu'il était confronté à de nouvelles activités. Pour ces motifs, il était fort peu probable, selon cette psychiatre, qu'il puisse entreprendre une nouvelles formation et seule une activité au sein d'un atelier protégé était envisageable.

**D.** Par décision du 20 juin 2008, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI), au motif qu'il ne présentait pas de perte de gain ni de handicap important des suites de la maladie professionnelle pour laquelle elle était intervenue. Elle précisait avoir cessé le versement des indemnités journalières et la prise en charge des frais de traitement à compter du 13 juillet 2007, date dès laquelle l'assuré avait été indemnisé par l'assurance-chômage sur la base d'une capacité de travail de 100%.

L'assuré, représenté par l'avocat Eduardo Redondo, a fait opposition à cette décision le 23 juillet 2008, faisant valoir en substance qu'il présentait une bursite prérotulienne récidivante, ayant valeur de maladie professionnelle au sens de l'art. 9 LAA, dont les suites avaient été prises en charge par la CNA, et qui était responsable d'une incapacité de travail, au minimum de 50%, dans son activité habituelle de carreur. Ne pouvant cependant plus exercer une activité adaptée à son état de santé en raison de troubles psychiques attestés par la Dresse R. \_\_\_\_\_, l'assuré a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité de l'assurance-accidents. Il n'a en revanche pas contesté la décision de la CNA de ne pas lui allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**E.** Parallèlement à la procédure pendante auprès de la CNA, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office AI) a rendu le 1<sup>er</sup> septembre 2008 un projet (préavis) d'acceptation de rente d'invalidité reconnaissant à l'assuré le droit à un quart de rente pour la période du 1<sup>er</sup> juin au 31 août 2008, et à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> septembre 2008. A l'appui de cette décision, l'Office AI a retenu en substance que l'assuré avait présenté une atteinte à la santé durable sur le plan somatique depuis avril 2004, responsable d'une incapacité totale de travail dans son activité habituelle, mais permettant l'exercice d'une activité adaptée à 100%. En mars 2008, l'état de santé de l'assuré s'était cependant aggravé, pour des motifs d'ordre psychiatrique, ce qui avait entraîné une incapacité de travail totale dans toute activité dès cette date. L'Office AI a alors procédé à l'évaluation du préjudice économique selon la

méthode générale de comparaison des revenus. Il a déterminé le revenu sans invalidité sur la base des éléments communiqués, le 18 juillet 2004, par l'ancien employeur de l'assuré, la société S.\_\_\_\_\_, et a retenu, en définitive, un revenu sans invalidité en 2005 de 72'437 fr. Le revenu d'invalide pour la même année a été déterminé sur la base des données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires en 2004 dans une activité simple et répétitive du secteur privé (production et services). Ce revenu a encore été adapté à l'horaire usuel dans les entreprises en 2005 (41.6 heures) et a été indexé à l'indice des salaires nominaux entre 2004 et 2005 (+ 1%). L'Office AI a appliqué un taux d'abattement de 15% en raison des limitations fonctionnelles, et a retenu, en définitive, un revenu d'invalide de 49'156 fr. 20 (cf. préavis d'acceptation de rente de l'Office AI du 1<sup>er</sup> septembre 2008).

Par décision du 18 novembre 2008, l'Office AI a confirmé la teneur de du préavis précité.

**F.** LA CNA a repris de son côté l'instruction du dossier de l'assuré et a contacté le 25 septembre 2009 la Fédération vaudoise des employeurs (ci-après: la FVE). Celle-ci a confirmé que l'entreprise W.\_\_\_\_\_ suivait ses recommandations en matière salariale, précisant que pour 2007, le salaire horaire de l'assuré s'était élevé à 30 fr. 05, et qu'il se serait élevé en 2008 à 30 fr. 50. Elle a mentionné une durée hebdomadaire de travail, pauses comprises, de 43 heures (cf. note interne d'entretien téléphonique de la CNA avec la FVE du 25 septembre 2008).

La CNA a également procédé au calcul du revenu d'invalide de l'assuré pour 2008. Elle a sélectionné cinq descriptifs de postes de travail issus de la réalité économique concrète (ci-après: DPT) adaptés aux limitations fonctionnelles de l'assuré sur la base d'un nombre de 139 postes de travail disponibles. Le salaire médian des cinq DPT sélectionnés s'élevait en 2008 à un montant brut de 64'666 fr. 80, ce qui représentait un revenu mensuel d'invalide de 5'388 fr. 90.

Par décision sur opposition du 1<sup>er</sup> décembre 2008, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 20 juin 2008, retenant en substance que l'assuré présentait, selon l'avis du Dr J.\_\_\_\_\_, une pleine capacité de travail des suites de sa maladie professionnelle dans une activité adaptée. Sur la base d'un revenu d'invalidé de 5'388 fr et d'un revenu de valide, qu'elle n'a pas calculé mais dont elle a mentionné les composants, à savoir pour 2008 un salaire horaire de 30 fr. 50 et une durée de travail «au mieux» de 43 heures, «normal» de 41 heures, la CNA en a conclu que le degré d'invalidité n'atteignait pas le seuil légal minimal de 10% lui ouvrant le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

**G.** Par acte du 19 janvier 2009, l'assuré a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 1<sup>er</sup> décembre 2008, concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité de 32% à compter du 13 juillet 2007, et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Se fondant sur la décision d'acceptation de rente rendue par l'Office AI le 18 novembre 2008, qui retenait un degré d'invalidité de 32% pour les atteintes somatiques, l'assuré soutient que la CNA, conformément au principe d'uniformité de la notion d'invalidité développé par la jurisprudence, ne pouvait pas s'écarter du degré d'invalidité (en particulier des revenus avec et sans invalidité) retenu par l'Office AI. Il estime par ailleurs que l'aggravation de son état de santé psychique résulte des suites de sa maladie professionnelle et doit par conséquent être prise en charge par l'assureur accidents.

Dans sa réponse du 26 février 2009, la CNA, désormais représentée par l'avocat Didier Elsig, à Lausanne, conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle fait valoir en substance que le principe d'uniformité applicable en droit des assurances sociales a été relativisé par la jurisprudence plus récente du Tribunal fédéral et qu'elle ne saurait par conséquent être liée par le degré d'invalidité retenu par l'Office AI. Elle estime que tant le revenu d'invalidé, déterminé sur la base de 5 DPT adaptés aux restrictions fonctionnelles du

recourant, que le revenu sans invalidité, calculé sur la base des informations transmises par la FVE, ne sont pas critiquables et qu'il n'y a dès lors aucun motifs de s'écarter de ces montants pour retenir les revenus déterminés par l'Office AI. Après avoir comparé ces revenus, elle retient un degré d'invalidité de 5.19% n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. La caisse intimée conteste par ailleurs le lien de causalité tant naturelle qu'adéquate entre la maladie professionnelle de l'assuré et ses troubles psychiques, s'appuyant sur la jurisprudence développée par le Tribunal fédéral dans l'ATF 125 V 456.

Dans ses déterminations du 7 avril 2009, le recourant fait encore valoir qu'il aurait dû être engagé en fin 2007 en qualité de carreleur à 50% par l'entreprise [...] et que son salaire horaire se serait élevé à 33 fr. pour une durée hebdomadaire de 41 heures, un droit aux vacances de 25 jours et un 13<sup>e</sup> salaire. Il estime que ces éléments doivent servir de base au calcul de son revenu sans invalidité qui se serait dès lors élevé à 72'487 fr. 45 ( $[33 \text{ fr.} \times 41 \text{ heures} \times 52 \text{ semaines}] + 8,33$ ). Comparé au revenu d'invalidé retenu par la caisse intimée, son degré d'invalidité s'élèverait ainsi à 10.8 %, lui ouvrant le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Le recourant conteste toutefois l'utilisation des DPT pour déterminer son revenu d'invalidé, au motif que la caisse intimée n'aurait pas respecté les conditions posées par la jurisprudence pour leur utilisation (mention des salaires minimaux et maximaux et du nombre total de postes disponibles en fonction du handicap). Il y aurait donc lieu de s'en tenir au revenu d'invalidé déterminé par l'Office AI sur la base des données de l'ESS.

Dans une écriture du 23 avril 2009, la caisse intimée maintient qu'il n'y a pas lieu de s'écarter du revenu d'invalidé déterminé sur la base des DPT, lequel respecte les exigences posées par la jurisprudence. S'agissant du revenu sans invalidité, elle estime qu'il faut s'en tenir aux évolutions probables du dernier salaire perçu par l'assuré au moment où la maladie professionnelle s'est déclarée et non au salaire hypothétique que l'assuré aurait perçu auprès de l'entreprise [...].

## **E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile compte tenu des fériés (art. 38 al. 4 let. c LPGA), auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les exigences de forme prévues par le droit fédéral (art. 61 let. b LPGA notamment), est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.** Dans son mémoire de recours et ses déterminations ultérieures, le recourant conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans son opposition à la décision de la CNA du 20 juin 2008, le recourant, dûment représenté par un avocat, a cependant uniquement contesté le degré d'invalidité retenu par la CNA, à l'exclusion de la décision lui déniait le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à la jurisprudence, l'opposition constitue une sorte de procédure de reconsidération qui confère à l'autorité ayant statué la possibilité de réexaminer sa décision avant que le juge ne soit éventuellement saisi. Il s'agit d'un véritable «moyen juridictionnel» ou «moyen de droit» (ATF 125 V 121 consid. 2a; 118 V 185 consid. 1a et les références). A ce titre, l'opposition doit être motivée, faute de quoi elle manque son but, lequel est d'obliger l'assureur à revoir sa décision de plus près (ATF 118 V 186 consid. 2b). En d'autres termes, il doit être possible de déduire des moyens de l'opposant une argumentation dirigée contre le dispositif de la décision et susceptible de mener à sa réforme ou à son

annulation (ATF 102 Ib 372 consid. 6; RCC 1988 p. 486 sv. consid. 3a; Ghélew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, p. 285). Il appartient donc à l'assuré de déterminer l'objet et les limites de sa contestation, l'assureur devant alors examiner l'opposition dans la mesure où sa décision est entreprise (ATF 123 V 130 consid. 3a; 119 V 350 consid. 1b).

En l'occurrence, dans la mesure où l'assuré n'a pas contesté dans son opposition du 23 juillet 2008 la décision de la CNA de ne pas lui allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité, et que cette question ne doit pas faire l'objet d'un examen d'office par la caisse intimée, il y a lieu de considérer que la décision du 20 juin 2008, en ce qui concerne le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, est entrée en force (cf. ATF 119 V 347), de sorte que les conclusions du recourant sont sur ce point irrecevables.

**3.** Il y a en revanche lieu d'examiner si le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents pour les suites de sa maladie professionnelle.

**a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Sont réputées maladies professionnelles notamment les maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (art. 9 al. 2 LAA). 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 personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler (art. 9 al. 3 LAA; art. 6 LPGA).

En vertu 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. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée

permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215, consid. 7.2, et les références citées).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, 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.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51, consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4 ; 115

V 133 consid. 2 ; 114 V 310, consid. 2c ; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 125 V 351 consid. 3a, et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**4. a)** Sur le plan médico-théorique, seules les séquelles de la maladie professionnelle pour laquelle la CNA est intervenue jusqu'en juillet 2007, doivent être prises en compte pour évaluer la capacité de travail résiduelle de l'assuré, à l'exclusion des conséquences des autres atteintes (douleurs para-lombaires droites chroniques dans un contexte de syndrome facetaire L5-S1 (M43.0) et dysfonction sacro-iliaque droite sur raccourcissement du membre inférieur droit et pieds plats), retenues par l'Office AI sur la base du rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 21 juin 2006. A cet égard, il ressort de l'avis médical du Dr J.\_\_\_\_\_, médecin conseil de la CNA, que la seule limitation fonctionnelle clairement identifiable en relation avec la maladie professionnelle est le travail à genoux. Cela étant, tant l'assureur accidents que l'assureur invalidité

s'accordent à reconnaître que le recourant dispose sur le plan somatique d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans son activité habituelle de carreleur et de 100% dans une activité adaptée, ce qui n'est au demeurant pas contestée par le médecin traitant F. \_\_\_\_\_.

Ainsi, on retiendra que le recourant dispose sur le plan somatique d'une capacité de travail résiduelle entière dans une activité adaptée.

**b)** En ce qui concerne l'aggravation de l'atteinte à la santé psychique du recourant, ayant entraînée depuis mars 2008 une incapacité de travail totale dans toute activité - non contestée par la caisse intimée - le recourant soutient qu'elle résulte de sa maladie professionnelle et qu'elle est dès lors à charge de l'assureur accidents.

**aa)** Le Tribunal fédéral des assurances (ci-après: le TFA) a considéré que les critères pour juger de la causalité adéquate en cas d'atteinte psychique consécutive à des accidents (ATF 115 V 133) n'est pas applicable par analogie aux troubles psychiques en relation avec des maladies professionnelles. Dans cette dernière hypothèse, la causalité est adéquate si la maladie professionnelle ou les événements en relation avec celle-ci sont propres, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, à entraîner des troubles psychiques du même genre. Dans un arrêt ultérieur (U 153/01 du 29 avril 2002), le TFA a examiné le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et une maladie professionnelle, à la lumière des critères suivants: l'existence d'autres cas de personnes atteintes de la même maladie professionnelle frappées d'affections psychiques similaires à celles de l'assuré, la mise en danger sérieuse de la santé de l'assuré et de son retour dans la vie active en raison de la maladie professionnelle; l'existence d'une atteinte à la santé irréversible en raison de la maladie professionnelle, enfin la durée des périodes d'incapacités de travail subies par l'assuré en fonction de ses troubles psychiques.

**bb)** En l'occurrence, il n'est pas rendu vraisemblable, au regard du dossier médical de l'assuré, que sa maladie professionnelle – à savoir une bursite prérotulienne récidivante – soit de nature à causer des troubles psychiques tels que ceux présentés par le recourant, c'est-à-dire des troubles dépressifs récurrents, avec symptômes psychotiques. Aucun des médecins consultés par l'assuré ne soutient du reste que tel serait le cas. En outre, il est établi que la maladie professionnelle dont souffre le recourant ne met pas sérieusement en danger sa santé et ne compromet pas véritablement sa capacité de travail, puisqu'il peut exercer une activité adaptée à plein temps. Enfin, même si l'assuré a subi une incapacité totale de travail en août 2006 des suites de sa maladie professionnelle, il a pu rapidement (au mois d'octobre 2006) reprendre son activité de carreleur à 50%.

En ce qui concerne la causalité naturelle entre la maladie professionnelle et l'atteinte à la santé psychique du recourant, on relève que la Dresse R.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 28 avril 2008, a indiqué que les troubles psychiques de l'assuré résultaient de la structure de sa personnalité et non de sa maladie professionnelle. Dans son rapport du 7 juin 2000, la Dresse T.\_\_\_\_\_, psychiatre du DUPA de Lausanne, avait également retenu le diagnostic de personnalité dépendante (F60.7) et fait état d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) qu'elle mettait alors en relation avec les difficultés relationnelles entre l'assuré et son fils aîné.

Dans ces conditions, il y a lieu de nier l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'atteinte à la santé psychique de l'assuré et sa maladie professionnelle, de sorte que les conséquences de l'aggravation de l'état de santé psychique du recourant en mars 2008 ne sont pas à charge de l'assureur accidents.

**5. a)** Le recourant conteste également le calcul du dommage économique (fondé sur la méthode ordinaire de comparaison des revenus) auquel la CNA a procédé. Se prévalant du principe d'uniformité de la

notion d'invalidité en assurances sociales, il soutient que la caisse intimée ne pouvait pas s'écarter des revenus avec et sans invalidité déterminés par l'Office AI.

**aa)** Les organes de l'assurance-invalidité ne sont en principe pas liés par l'évaluation de l'invalidité de l'assureur-accidents, et inversement (ATF 133 V 549; TF 9C\_751/2007 du 8 août 2008 consid. 3.1). Les assureurs sont en effet tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres, sans se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen, le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 3d; TF 9C\_1062/2008 du 9 septembre 2009 consid. 4.1).

En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient toutefois d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. La présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité suppose donc que les assureurs concernés répondent d'une même atteinte à la santé (ATF 126 V 288 consid. 2d; TF U 84/07 du 31 janvier 2008 consid. 2.3.1; TFA I 864/05 du 26 octobre 2006 consid. 2.1).

**bb)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. 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 et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348 ; 128 V 29 consid. 1 p. 30 ; TF 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé — soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris

d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible — le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475). Cette seconde méthode d'évaluation du revenu d'invalidé repose sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT), tirées d'une vaste base de données établie par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents. Le Tribunal fédéral considère que la détermination du revenu d'invalidé, selon l'art 18 al. 2 LAA, sur la base des DPT (documentation sur les postes de travail) est admissible dans la mesure où elle suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevés, en principe, durant la procédure d'opposition. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.3; TFA I 471/04 du 16 juin 2005 consid. 3.3).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2).

**cc)** Est déterminant lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 18 al. 2 LAA le moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente et non celui de la décision sur opposition. L'assureur-

accidents est cependant tenu, avant de se prononcer sur le droit à une prestation, d'examiner si aucune modification significative des données hypothétiques déterminantes n'est intervenue durant la période postérieure à l'ouverture du droit. Dans ce cas, il lui incombe de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant de rendre sa décision (ATF 128 V 174 consid. 4a).

**b)** S'agissant du revenu sans invalidité et contrairement à ce que voudrait le recourant, il n'y a pas lieu de se fonder sur le revenu éventuellement perçu par celui-ci à la fin de l'année 2007 en cas d'engagement par l'entreprise [...]. Il convient en effet de prendre en compte le salaire effectivement perçu par l'assuré en dernier lieu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte le cas échéant de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente, ainsi que les éventuelles modifications significatives intervenues jusqu'à la date où la décision sur opposition a été rendue (cf. supra consid. 5a/aa et bb). Le salaire déterminant est donc celui réalisé par le recourant auprès de l'entreprise W.\_\_\_\_\_, dans laquelle il travaillait en août 2006, au moment où sa maladie professionnelle s'est déclarée et a entraîné une incapacité de travail de longue durée.

La CNA a pour sa part pris en considération un salaire horaire pour 2006 de 29 fr. 50 de heure, compte tenu d'un horaire hebdomadaire de 43 heures. Le calcul du salaire annuel brut effectué par la caisse est le suivant :  $29 \text{ fr. } 50 \times 43 \text{ heures} \times 52 \text{ semaines} = 65'962 \text{ fr.}$  Ces éléments ressortent du dossier de la CNA, en particulier de la déclaration de maladie professionnelle du 1<sup>er</sup> novembre 2006 et d'une note téléphonique d'un entretien échangé entre la caisse et la FVE le 25 septembre 2008. Selon ce même entretien, le salaire horaire était en 2007 de 30 fr. 05 et en 2008 de 30 fr. 50. Dans sa réponse du 26 février 2009, la caisse intimée a toutefois rectifié son calcul en prenant en compte le salaire horaire qu'aurait perçu le recourant en 2008, année d'ouverture du droit à l'éventuelle rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

En revanche, dans son calcul du salaire annuel brut, la CNA a omis de prendre en compte certains éléments, en particulier le 13<sup>e</sup> salaire. Il ressort en effet de la note d'entretien téléphonique échangé le 25 septembre 2008 entre la FVE et la CNA que l'entreprise W.\_\_\_\_\_ suivait strictement les recommandations de la FVE en matière salariale. Or, celle-ci est partie à la convention collective de travail romande du second-œuvre (ci-après: CCT) conclue le 16 janvier 2007, qui a du reste été étendue à toutes les entreprises de carrelage dans le canton de Vaud dès le 1<sup>er</sup> avril 2008 (en application de la loi fédérale du 28 septembre 1956 permettant d'étendre le champ d'application de la convention collective de travail; RS 221.215.311). Il résulte de l'art. 19 CCT, qu'un 13<sup>e</sup> salaire, correspondant à 8.33 % du salaire annuel brut est versé chaque année. Ainsi si l'on ajoute 8.33 % au salaire annuel brut pour 2008, on arrive, selon la méthode de calcul de la CNA, à un revenu sans invalidité de 73'878 fr. 90 ([30 fr. 50 x 43 heures par semaine X 52 semaines] + 8.33%).

L'Office AI a pour sa part retenu un salaire sans invalidité de 72'487 fr. 45 pour l'année 2005 (année d'ouverture du droit à la rente éventuelle de l'assurance invalidité). Il a pris en compte un salaire horaire en 2004 de 30 fr., sur la base des déclarations du 18 juillet 2004 de l'employeur de l'assuré, la société S.\_\_\_\_\_, auprès de laquelle l'assuré travaillait jusqu'en mai 2004. Le calcul effectué par l'assureur invalidité était le suivant: 42 heures 30 X 4,33 semaines X 13 mois, montant qu'il adapté à l'évolution des salaire nominaux de 2004 à 2005 (+ 1%).

Du point de vue de l'assureur accidents, seul le salaire perçu par le recourant au sein de l'entreprise W.\_\_\_\_\_, dans laquelle il travaillait lorsqu'il a subi une incapacité de travail en raison de sa maladie professionnelle est déterminant pour évaluer le revenu sans invalidité. Il n'y a donc pas lieu de prendre en compte le salaire perçu par l'assuré auprès de la société S.\_\_\_\_\_ sur lequel l'Office AI s'est fondé pour établir le revenu sans invalidité.

On retiendra par conséquent que le revenu sans invalidité déterminant du point de vue de l'assureur accidents s'élevait en 2008 à 73'878 fr. 90.

**c)** Le recourant conteste en dernier lieu le calcul du revenu d'invalidé auquel la CNA a procédé. Il soutient que la caisse intimée n'a pas respecté les conditions posées par la jurisprudence pour l'utilisation des données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par cet assureur (cf. supra, consid.5a/bb), plus précisément qu'elle aurait omis de mentionner les salaires minimaux et maximaux, ainsi que le nombre total de postes disponibles en fonction de son handicap. Dans ces conditions, le recourant estime qu'il convient de s'en tenir au revenu d'invalidé déterminé par l'Office AI.

En l'occurrence, il ressort de la documentation produite par la CNA (en particuliers des pièces 72 à 77) qu'elle a retenu cinq DPT adaptés au handicap de l'assuré sur une base de 139 postes de travail disponibles et qu'elle a pris en compte le salaire médian des DPT sélectionnés. Il en résulte un revenu annuel brut médian pour 2008 de 64'666 fr. 80. Contrairement à ce que soutient le recourant, la manière de procéder de la caisse est en tous points conforme aux principes dégagés par la jurisprudence en la matière (cf. consid. 5a/bb) et n'est dès lors pas critiquable. Le recourant ne prétend au demeurant pas que les DPT sélectionnés par la CNA ne seraient pas compatibles avec son état de santé, de sorte que le montant du revenu d'invalidé déterminé par la CNA doit être confirmé.

Quant au revenu d'invalidé retenu par l'Office AI, il prend également en compte des limitations fonctionnelles résultant d'atteintes qui ne sont pas à charge de l'assureur accidents et ne peut dès lors pas, contrairement à ce que voudrait le recourant, servir à calculer son degré d'invalidité du point de vue de l'assurance-accidents.

**d)** Compte tenu des éléments qui précèdent, le taux d'invalidité du recourant doit être calculé sur la base d'un revenu sans

invalidité de 73'878 fr. 90 et d'un revenu d'invalidité de 64'666 fr. 80. Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité du recourant s'élève donc à 12.46% ( $[73'878 \text{ fr. } 90 - 64'666 \text{ fr. } 80] \times 100 / 73'878 \text{ fr. } 90$ ), arrondi à 12% (cf. ATF 130 V 121), ce qui lui ouvre le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

**6.** En définitive, le recours doit être admis s'agissant de l'octroi d'une rente invalidité et la décision attaquée réformée en ce sens que l'intimée a droit une rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 12% dès le 13 juillet 2007. Il convient à cet égard de renvoyer le dossier à la caisse intimée pour qu'elle procède au calcul du montant de la rente.

En revanche, les conclusions du recours relatives à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité doivent être rejetées dans la mesure où elles ne sont pas irrecevables.

Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec le concours d'un avocat, a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). En l'espèce, il convient d'arrêter les dépens à 2'000 fr. à la charge de la caisse intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

La procédure étant gratuite, il n'a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire (art. 61 let. a LPGA).

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

**I.** Le recours est admis, dans la mesure où il est recevable.

- II.** La décision sur opposition rendue le 1<sup>er</sup> décembre 2008 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents fondée sur un degré d'invalidité de 12 % dès le 13 juillet 2007, la cause étant renvoyée à la caisse pour qu'elle procède au calcul du montant de la rente.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
  
- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera au recourant la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente:

La greffière:

**Du**

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

- Me Eduardo Redondo (I. \_\_\_\_\_)
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents)
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :