

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 mars 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Neu et Mme Brélaz Brillard, juges
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], en Z. _____, recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 3, 6 et 8 LPGA ; art. 6 al. 1, 9 al. 1 et 3, 18 al. 1 et 24 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé comme ouvrier auprès des I. _____ (ci-après : I. _____) de 1986 à 2002. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels, et contre les maladies professionnelles, par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Œuvrant depuis le 1^{er} novembre 2011 pour le compte d'O. _____, l'assuré a présenté une incapacité totale de travail dès le 19 novembre 2012. Il a été hospitalisé en décembre 2012 auprès du Centre hospitalier de R. _____. Le diagnostic de bilan hormonal perturbé dans un contexte d'altération de l'état général avec découverte d'une hyperthyroïdie a été posé pendant l'hospitalisation (cf. rapport du 15 février 2013 de la Dresse X. _____).

Un scanner thoraco-abdomino-pelvien effectué le 10 janvier 2013 a notamment mis en évidence des opacités de type alvéolaire et interstitiel non systématisées apicales et postérieures au niveau des lobes supérieurs et également au niveau du segment apical du lobe inférieur gauche.

Le 19 février 2013, le Dr L. _____ a constaté que l'assuré présentait des opacités pulmonaires bilatérales des deux sommets compatibles avec une silicose chez une personne ayant été exposée professionnellement à la silice.

Le 27 mai 2013, O. _____ a adressé une déclaration de sinistre LAA à la CNA, en indiquant que l'assuré souffrait d'une silicose provoquée par le travail auprès des I. _____, précisant qu'il y avait déjà travaillé de 1986 à 2002.

Le 31 mai 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité (ci-après : AI).

Le 18 juin 2013, le Dr L. _____ a posé le diagnostic de silicose pulmonaire et a requis l'éviction définitive d'un poste à risque d'exposition.

L'assuré a été hospitalisé le 22 juillet 2013 en raison d'un accident vasculaire cérébral (ci-après : AVC) ischémique.

Le 6 septembre 2013, le Dr C. _____, médecin auprès de la Division médecin du travail de la CNA, a demandé la mise en œuvre d'une enquête auprès de l'assuré et des I. _____, afin d'en savoir davantage sur l'exposition à la silice.

Un enquêteur de la CNA s'est rendu le 26 septembre 2013 au domicile de l'assuré. A cette occasion, ce dernier a expliqué avoir travaillé aux I. _____ de 1986 à 2001 ou 2002, et y avoir œuvré durant plusieurs années au décapage/sablage. Il a précisé que la silice n'était plus utilisée depuis qu'il y avait eu un cas de silicose dans l'entreprise. L'assuré a précisé que depuis son AVC, il dormait en moyenne 16 heures par jour. Il a ajouté que de l'avis du Dr L. _____, il ne pourrait pas reprendre d'activité professionnelle.

Une radiographie du thorax a été réalisée le 21 novembre 2013. Le Dr P. _____ a retenu un syndrome interstitiel bi-apical avec images de tractus fibreux.

Par appréciation médicale du 7 avril 2014, le Dr C. _____ a proposé de reconnaître le cas de l'assuré comme étant une silicose d'origine professionnelle au sens de l'art. 9 al. 1 LAA (code LQ). Il a relevé en particulier que les éléments qu'il avait réunis confirmaient une exposition significative à la poussière de quartz chez l'assuré, dont la radiographie du thorax montrait en 2005 de fins tractus fibreux bi-apicaux. Les lésions s'étaient progressivement aggravées pour devenir confluentes

au niveau des sommets des deux côtés. Les examens effectués n'avaient pas mis en évidence de lésion ni tumorale ni tuberculeuse. A titre préventif, il avait toutefois été traité temporairement (un arrêt du traitement avait été motivé par des perturbations des tests hépatiques) en raison d'un Quantiferon positif.

Le 10 avril 2014, la CNA a admis sa prise en charge, informant l'assuré que le droit à l'indemnité journalière prenait naissance au 22 novembre 2012.

Lors d'un entretien téléphonique du 22 avril 2014, l'assuré a expliqué se rendre une fois par mois pour contrôle et prise de sang chez son médecin. Il se disait essoufflé lors de ses déplacements.

Le 12 juin 2014, l'assuré a indiqué que son état était stable, mais qu'il commençait à avoir de la peine au niveau du souffle lorsqu'il fallait monter les escaliers. Au niveau de sa thyroïde, le problème s'était stabilisé avec les médicaments.

Dans son rapport à la CNA du 20 juin 2014, le Dr G._____, médecin traitant, a posé le diagnostic de silicose pulmonaire. Il a fait état d'une dyspnée à l'effort en aggravation, avec un périmètre de marche de 500 mètres, la dyspnée de repos étant stabilisée. Il a estimé qu'il existait des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison, à savoir un diabète de type II, une hyperthyroïdie, une hypercholestérolémie, un AVC (en 2013) et le tabac. Les traitements actuels n'étaient pas pour la silicose mais pour les autres pathologies. Il n'y avait pas d'amélioration à attendre, mais une stabilisation était espérée.

Selon les conclusions du rapport du radiologue V._____, du 8 juillet 2014 établi à la suite d'un scanner thoracique, l'aspect était similaire à l'examen antérieur.

Le Dr C. _____ a examiné l'assuré le 18 juillet 2014. Dans son rapport du 24 juillet 2014, il a rappelé que l'assuré souffrait d'un diabète de type II, d'une hyperthyroïdie, d'une hypercholestérolémie, d'un status après ablation d'une tumeur de la parotide droite en 2008 et qu'il était porteur d'une tumeur bénigne du foie stable depuis 2005. Il a fait l'appréciation suivante du cas :

« M. D. _____ présente une silicose pulmonaire prédominant au niveau de deux sommets qui est stable radiologiquement sur la base d'un dernier scanner effectué le 08.07.2014 en comparaison du précédent remontant au 19.02.2013. Sur le plan spirométrique, on peut exclure un syndrome obstructif chez un fumeur actif et un syndrome restrictif. On met en évidence un trouble de la capacité de diffusion de degré moyen (DLCO à 51,8% et DLCO/VA à 60,5% avec une VA normale), avec une discrète hypoxémie légère (entre 60 et 75 mmHg) et une hypocapnie.

Anamnestiquement le patient se sent très gêné à l'effort et nous avons pu constater une dyspnée à l'ascension de 3 étages dans les locaux de la Suva. Cette dyspnée est probablement multifactorielle : à la fois en raison de l'atteinte pulmonaire mais également à mettre sur le compte d'une obésité apparue à la suite d'un sevrage tabagique, la reprise du tabagisme et un déconditionnement à l'effort.

Il se dit accessible à effectuer un séjour de réadaptation pulmonaire de façon à introduire des mesures diététiques dans le but de réduire le poids d'une dizaine de kilos et d'évaluer de manière plus approfondie la capacité à l'effort. Il avait fait une ergométrie cardiaque il y a 12 à 18 mois dont nous n'avons pas le résultat. Par ailleurs, c'est un patient polyvasculaire à haut risque de présenter un AVC ou un infarctus du myocarde.

Nous avons convenu de laisser à l'assuré un temps de réflexion afin qu'il nous dise s'il souhaite faire un séjour de réadaptation (environ 4 semaines) soit en Z. _____ ou en Suisse (comme par exemple à l'hôpital de T. _____).

Sur le plan assécurologique, la situation n'est pas totalement stabilisée. Il manque des informations sur la capacité à l'effort par une ergospirométrie. Une prise en charge multidisciplinaire, tel que décrite, est susceptible d'améliorer les capacités à l'effort.

Une reprise de travail n'est pas possible actuellement vu l'état de dyspnée et l'âge du patient.

En ce qui concerne la surveillance de la silicose, nous proposons de procéder à un CT-scan thoracique une fois par année à R. _____ et de procéder à des fonctions pulmonaires soit chez le pneumologue, soit dans notre service.

Enfin, si l'assuré révisé sa position, nous prendrions en charge également les frais d'une vaccination contre la grippe et le pneumocoque. »

Le 13 novembre 2014, le Dr F._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a estimé que les éléments qui ressortaient du dossier de la CNA étaient suffisants pour admettre une capacité de travail durablement nulle dans toute activité.

Le 18 décembre 2014, le Dr C._____ a indiqué qu'il souhaitait attendre le séjour de réadaptation respiratoire à T._____ avant de se déterminer sur l'exigibilité et la stabilité de l'état de santé de l'assuré.

Le 23 décembre 2014, l'assuré a téléphoné à la CNA pour lui faire savoir qu'à la suite d'un problème cardiaque, il allait subir une intervention le 4 janvier 2015 (pose de 4 stents) et devrait être hospitalisé deux jours. Il était très fatigué et dormait 14 heures par jour.

L'assuré est entré le 4 février 2015 à l'hôpital de T._____, qu'il a quitté le 25 février 2015.

Par décision du 20 février 2015, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAI) a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2013.

O._____ a indiqué le 19 mars 2015 qu'en 2014, comme en 2015, l'assuré aurait réalisé un salaire de 20 fr. 05 de l'heure, plus gratification de 1 fr. 91 de l'heure, pour un horaire hebdomadaire de travail de 40 heures.

Le 2 avril 2015, le Dr E._____ de l'Hôpital de T._____ a constaté à la suite du séjour de l'assuré que les critères pour une oxygénothérapie au long cours n'étaient pas remplis. Les fonctions pulmonaires mettaient en évidence des volumes pulmonaires et une spirométrie dans la norme ainsi qu'un trouble de la diffusion de degré moyen, résultats au vu desquels aucun traitement inhalé ne semblait être nécessaire. Au vu du syndrome d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil de degré sévère diagnostiqué, un essai d'appareillage par CPAP

[Continuous Positive Airway Pressure] AirSense et masque facial Quattro était effectué. Le patient s'était en outre vu proposer de commencer un sevrage tabagique. Il avait bénéficié de physiothérapie respiratoire et de réentraînement à l'effort, avec un gain de 125 mètres au test de marche de 6 minutes de sortie pour une distance totale parcourue de 550 mètres.

Par appréciation médicale du 11 mai 2015, le Dr C. _____ a proposé de demander un nouveau cliché thoracique en février 2016 concernant la surveillance de la silicose pulmonaire.

Par appréciation médicale du 15 juin 2015, le Dr C. _____ a relevé que la silicose pulmonaire dont souffrait l'assuré était susceptible d'évolution et d'aggravation au fil du temps même en l'absence d'exposition au quartz, notant qu'il existait un risque de tuberculose et de cancer du poumon. La silicose était due exclusivement à l'exposition professionnelle à la silice. Pour le surplus, l'assuré n'atteignait pas le seuil pour le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI).

Le 25 août 2015, le Dr C. _____ a estimé que l'assuré ne présentait pas une invalidité d'au moins 50% consécutive à la silicose contractée professionnellement. Quant au droit à l'IPAI, en cas d'aggravation de la silicose pulmonaire, il serait à reconsidérer.

Par appréciation médicale du 2 octobre 2015, le Dr C. _____ a relevé que le test de marche de 6 minutes était légèrement inférieur à la normale à la fin du séjour à l'Hôpital de T. _____. Subjectivement, le patient était gêné par une dyspnée ressentie au moindre effort. L'assuré présentait d'autre part d'autres pathologies qui pouvaient limiter sa capacité professionnelle et notamment un syndrome d'apnées/ hypopnées du sommeil de degré sévère. Si l'activité aux I. _____ consistait en un travail assis sans effort particulier, on pourrait imaginer que l'assuré puisse reprendre une telle activité. En revanche, si l'activité consistait à devoir se déplacer, à porter des caisses et à œuvrer à un rythme soutenu, il était clairement établi qu'il n'aurait pas pu reprendre ce travail.

Le 6 octobre 2015, la CNA a listé 44 descriptions de postes de travail (DPT) et en a sélectionné 5 (à savoir 3 comme collaborateur de production, un poste d'employé postal d'exploitation et un autre d'assistant-opérateur), représentant un salaire annuel moyen de 55'684 fr. 20.

Le 17 novembre 2015, la CNA a informé l'assuré qu'il était selon elle apte à reprendre un travail à 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de déplacement fréquent, pas de port de charge et pas d'activité à un rythme soutenu. La CNA allait dès lors mettre fin aux indemnités journalières dès le 1^{er} janvier 2016, mais continuerait à prendre en charge les contrôles médicaux et les examens radiologiques si besoin.

Par décision du 2 décembre 2015, la CNA a fait savoir à l'assuré que, dans la mesure où une activité légère dans différents secteurs de l'industrie était exigible compte tenu des séquelles imputables à la maladie professionnelle déclarée le 19 novembre 2012, et qu'une telle activité pourrait lui rapporter un revenu résiduel d'environ 4'640 fr., soit un salaire supérieur à celui qu'il gagnerait dans son activité habituelle, il ne subissait pas de perte de salaire et n'avait pas droit à une rente. Le droit à l'IPAI n'était pas non plus ouvert.

Le 30 décembre 2015, l'assuré s'est opposé à cette décision.

Par décision sur opposition du 14 janvier 2016, la CNA a rejeté l'opposition.

B. Par acte du 13 février 2016, D._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise. En substance, il fait valoir que son état s'est détérioré depuis le mois de juillet 2014, lors duquel le Dr C._____ l'avait examiné. Sa silicose entraînait une insuffisance respiratoire importante et un essoufflement immédiat dès

qu'il effectuait une activité, même minime. Pour lui, l'avis de la CNA selon lequel il pouvait œuvrer à plein temps dans une activité adaptée n'était pas en phase avec sa capacité réelle de gain. Il critiquait également le refus d'IPAI, dans la mesure où sa pathologie est incurable et subsistera durant toute la vie. L'assuré a joint à son envoi la décision de l'OAI du 20 février 2015.

Le 6 avril 2016, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a toutefois relevé être consciente que la silicose pulmonaire pouvait évoluer et a précisé à cet égard que le recourant disposait à tout moment du droit d'annoncer une rechute, ce qui conduirait alors à un nouvel examen du droit aux prestations d'assurance.

C. Le dossier AI du recourant a été produit et les parties invitées à se déterminer à son sujet.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (cf. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours est déposé en temps utile et satisfait pour le surplus aux autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'intimée ainsi qu'à une IPAI.

3. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont en principe allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies (art. 3 LPGA) professionnelles, les maladies dues exclusivement ou de manière prépondérante - dans l'exercice de l'activité professionnelle - à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral a dressé en annexe I de l'OLAA, la liste - exhaustive (RAMA 1988 n° U 61 p. 449) - des affections dues au travail. Il a posé que sont notamment réputées affections dues à certains travaux au sens de l'art. 9 al. 1 LAA les pneumoconioses apparues dans le cadre de travaux dans les poussières d'aluminium, de silicates, de graphite, de silice (quartz), et de métaux durs.

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. 6 LPGA) (cf. art. 9 al. 3 LAA).

Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge est tenu de procéder

à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1 p. 396). Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352; TF 9C_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 p. 352; TF 9C_514/2011 du 26 avril 2012 consid. 4.2 et les références).

En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante.

5. Le recourant a produit avec son recours la décision d'octroi de rente de l'AI et s'est étonné que « sur la base des mêmes informations médicales », l'OAI lui reconnaisse une pleine rente, et que l'intimée lui refuse ses prestations. Le recourant se plaint ainsi de la violation du principe de l'uniformité de la notion d'invalidité en matière d'assurance sociale. Or l'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe de l'uniformité de la notion d'invalidité

dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 p. 368 ; la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité a également été admise : ATF 133 V 549). Ainsi qu'on le verra (cf. consid. 6 ci-dessous), le recourant présente au demeurant de nombreuses atteintes à la santé de nature malade, que l'intimée n'a pas à prendre en charge. L'intimée était par conséquent en droit de procéder à l'évaluation de l'invalidité du recourant indépendamment de la décision de l'office AI.

6. Il n'est pas contesté que la silicose dont est atteint le recourant est une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 1 LAA et qu'elle est due exclusivement à l'exposition professionnelle à la silice.

Cela étant, de l'avis du Dr C._____, cette atteinte n'est, en l'état, pas de nature à empêcher la reprise de toute activité. Si l'activité habituelle d'ouvrier n'est plus exigible, le recourant conserve en effet une capacité de travail entière dans une activité adaptée, savoir une activité légère n'impliquant pas de déplacement fréquent ni de port de charges, et ne s'effectuant pas à un rythme soutenu. Le 7 avril 2014, le Dr C._____ a constaté que les examens n'avaient pas mis en évidence de lésion tumorale ou tuberculeuse. L'état du recourant ne s'est en outre pas péjoré depuis l'annonce du cas en 2013. Le Dr G._____ a en particulier relevé que si, pour le patient, la dyspnée d'effort était en aggravation avec un périmètre de marche de 500 mètres, la dyspnée de repos était quant à elle stabilisée (cf. rapport du 20 juin 2014). Ce médecin a au demeurant relevé que les traitements actuels de l'assuré n'étaient pas pour la silicose, mais pour ses autres pathologies (à savoir un diabète de type II, une hyperthyroïdie, une hypercholestérolémie, un AVC et le tabac). Ce constat d'état stable est confirmé par les examens radiologiques : le Dr V._____ a ainsi relevé le 8 juillet 2014 à la suite d'un scanner thoracique que l'aspect était similaire à l'examen du 19 février 2013. Le Dr C._____ a lui aussi constaté le 24 juillet 2014 que la silicose pulmonaire était stable radiologiquement. Il a en outre mis en avant le fait que la dyspnée du recourant était multifactorielle, à savoir à la fois en raison de l'atteinte

pulmonaire, mais également à mettre sur le compte d'une obésité et d'un déconditionnement à l'effort. Le 2 octobre 2015, le Dr C. _____, à la suite du séjour du recourant à l'Hôpital de T. _____, a rappelé qu'il présentait d'autres pathologies que la silicose pouvant limiter sa capacité professionnelle, et en particulier un syndrome d'apnées/hypopnées du sommeil de degré sévère. Quoi qu'il en soit, le séjour de trois semaines du recourant à l'Hôpital de T. _____ a permis d'établir que les fonctions pulmonaires mettaient en évidence des volumes pulmonaires et une spirométrie dans la norme, ainsi qu'un trouble de la diffusion de degré moyen, résultats au vu desquels aucun traitement inhalé ne semblait être nécessaire (cf. rapport du Dr E. _____ du 2 avril 2015). Le recourant avait bénéficié d'un réentraînement à l'effort et de physiothérapie respiratoire, avec un gain de 125 mètres au test de marche de 6 minutes pour une distance parcourue de 550 mètres. Or le 2 octobre 2015, le Dr C. _____ a constaté à cet égard que le test de marche de 6 minutes n'était que « légèrement inférieur à la normale » à la fin du séjour à l'Hôpital de T. _____. Dans ces circonstances, force est de constater que les seules suites de la silicose n'empêchent pas la reprise d'une activité adaptée à plein temps à compter du 1^{er} janvier 2016.

Le recourant ne critique pour le surplus pas les revenus avec et sans invalidité retenus par la CNA pour chiffrer son éventuel préjudice économique. S'agissant du revenu sans invalidité, de 4'310 fr. par mois, il a été établi au moyen des éléments fournis par l'employeur O. _____. Quant au revenu avec invalidité, de 4'640 fr., il a été déterminé sur la base des DPT, ces dernières correspondant aux limitations fonctionnelles de l'assuré. La comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGa) ne met en évidence aucune perte de gain, si bien que le droit à la rente n'est pas ouvert.

Quoi qu'il en soit, la CNA a reconnu qu'en cas de péjoration de son état, il était loisible au recourant d'annoncer une rechute, étant admis que la silicose pulmonaire peut évoluer et s'aggraver au fil du temps – même en l'absence d'exposition au quartz –, un risque de tuberculose et de cancer du poumon (cf. appréciation du Dr C. _____ du 15 juin 2015).

En pareil cas, la CNA reprendra l'examen du droit aux prestations. Le recourant ne produit toutefois aucun élément médical de nature à établir une péjoration de son état. Quant aux éléments figurant au dossier lorsque la CNA a rendu la décision sur opposition attaquée, ils ne sont pas propres à remettre en cause l'appréciation étayée du Dr C._____, laquelle se fonde sur l'examen du recourant, l'étude des pièces médicales et radiologiques, et les constats faits à la suite du séjour de trois semaines auprès de l'Hôpital de T._____ et n'est au demeurant pas contredite.

Il découle de ce qui précède que la CNA était fondée, en l'état, à nier le droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents au recourant.

7. Le recourant se plaint aussi de ne pas percevoir d'IPAI, faisant valoir à cet égard que son atteinte remplit les conditions d'une telle indemnité.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA).

D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont

indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 p. 230 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., 2007, n° 229). En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b p. 221 ; RAMA 2004 n° U 514 p. 415, U 134/03 consid. 5.2 ; RAMA 2000 n° U 362 p. 41, U 360/98 consid. 1).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel - anatomique ou fonctionnel -, mental ou psychique (cf. ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97, 8C_459/2008, consid. 2.3 ; voir également THOMAS FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit., n° 235).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b p. 32, 209 consid. 4a/bb

p. 210 ; 113 V 218 consid. 2a p. 219) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2).

La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc p. 211, 116 V 156 consid. 3a p. 157 ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96, consid. 2a).

b) S'agissant de l'IPAI, le Dr C._____ a relevé le 25 août 2015 s'être référé à l'article « capacité de travail en cas d'affection pulmonaire » (Drs [...] et [...]), et plus spécifiquement à la formule de Scherrer pour évaluer l'invalidité médicale théorique. Il a précisé dans ce cadre s'être référé à la table d'indemnisation n° 10 de la Division médicale de la CNA, relative aux atteintes à l'intégrité en cas de séquelles pulmonaires d'accidents ou de maladies professionnelles, dont l'art. 1.1 est libellé en ces termes :

« Taux minimal

Seules les atteintes graves, c'est-à-dire patentes et importantes à l'intégrité, donnent droit à une indemnité. Les lésions qui n'atteignent pas le taux de 5% dans le barème du Conseil fédéral sont donc exclues de ce droit :

Ce taux minimal de 5% correspond à une invalidité médicale respiratoire (diminution de la fonction respiratoire) de 33 1/3%. »

Le Dr C._____ a estimé le taux d'invalidité médicale théorique à 10%, en se fondant d'une part sur la baisse du volume expiratoire forcé (en anglais, FEV [forced expiratory volume]) de 6% retenue par l'Hôpital de T._____, et d'autre part sur le trouble de la

diffusion modéré. Or un tel taux n'atteint pas le seuil requis pour le versement d'une IPAI.

L'appréciation du Dr C._____ est étayée et n'est pas contredite, si bien qu'elle doit être confirmée. Ce médecin admet au demeurant que la situation du recourant est susceptible de se péjorer, et qu'il conviendrait alors de réexaminer le droit à l'IPAI.

8. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant sous la forme d'une expertise. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 141 I 60 consid. 3.3, 136 I 229 consid. 5.3 ; TF 8C_139/2016 du 24 octobre 2016 consid. 4.2), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

9. Vu ce qui précède, le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté.

Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA ; 45 LPA-VD), ni allocation de dépens dès lors que le recourant, au demeurant non assisté d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents du 14 janvier 2016 est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- D._____, à [...], en [...],
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :