

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mars 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Neu, juge et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 18, 19, 21, 24 et 25 LAA ; art. 36 et annexe 3 OLAA

E n f a i t :

A. Par lettre du 17 juillet 2006 adressée à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée), le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a signalé le cas de A._____, (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], indiquant que celui-ci avait été en contact avec de l'amiante durant sa carrière professionnelle et que, suite à des investigations ensuite d'une embolie pulmonaire, des signes d'exposition à l'amiante étaient présents.

Dans un rapport d'examen cytologique du 12 juin 2006 (Dresse R._____, spécialiste en médecine interne générale, et la Dresse S._____, médecin assistante) de l'Institut universitaire de pathologie du Centre hospitalier D._____, [...], il est fait mention de plaques pleurales post exposition à l'amiante.

Dans une lettre du 21 septembre 2006 au médecin traitant, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine du travail à la CNA, a écrit qu'il était tout à fait clair que l'assuré présentait de nombreuses plaques pleurales calcifiées et que leur origine professionnelle, liée à l'amiante, ne faisait aucun doute. Il relevait toutefois que, jusqu'à preuve du contraire, ces plaques ne jouaient aucun rôle dans l'origine de la symptomatologie respiratoire aiguë qui s'était manifestée au début du mois de juin 2006. Il précisait que la CNA prendrait en charge la surveillance nécessitée par l'existence de ces plaques consistant, en l'absence de complications, en un contrôle annuel comportant une radiographie thoracique et des fonctions respiratoires simples.

Dans un courrier du 18 octobre 2016, le Dr E._____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, a informé l'assurance que les nombreuses calcifications pleurales, même si elles

étaient de type séquellaire, engendraient des douleurs majeures à l'assuré.

Dans un rapport du 14 février 2008, les Drs F._____, spécialiste en médecine interne générale et en pharmacologie et toxicologie cliniques, et G._____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine du travail, de la Division médecine du travail de la CNA, ont relevé que les douleurs thoraciques restaient d'origine indéterminée et qu'ils n'avaient pas d'éléments clairs pour rattacher ces douleurs à la présence des plaques pleurales.

Par correspondance du 26 juin 2008, Me Charlotte Iselin, avocate de l'assuré, a requis de la CNA qu'elle verse des indemnités journalières.

Dans une appréciation du 9 juillet 2008, les Drs F._____ et G._____ ont relevé que l'assuré présentait des douleurs thoraciques droites en 2006, que les plaques pleurales existaient très vraisemblablement depuis plusieurs années et qu'elles n'étaient pas responsables d'une quelconque symptomatologie. Ils relevaient en particulier que les douleurs avaient débuté au moment de l'embolie pulmonaire, alors que les plaques pleurales s'étaient formées progressivement au cours des dix à vingt dernières années et que de telles plaques étaient en général asymptomatiques. Selon ces médecins, il n'y avait pas de raison de penser qu'il existait une relation pour le moins vraisemblable entre les douleurs thoraciques de l'assuré et l'existence des plaques pleurales.

Dans une lettre du 3 février 2009 à la CNA, le Dr E._____ a mentionné les diagnostics suivants : plaques pleurales sur exposition à l'amiante, maladie thrombo-embolique chronique et douleurs thoraciques « d'origine x. » Il a rappelé que l'assuré avait été hospitalisé en juin 2006 en urgence en raison de douleurs thoraciques respiro-dépendantes d'apparition brutale qui s'étaient révélées être des embolies pulmonaires.

Par décision du 16 avril 2009, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2007.

Par lettre du 24 juillet 2009 au médecin traitant, le Dr E._____ a écrit que l'état respiratoire de l'assuré était stable, les douleurs thoraciques étant toujours d'origine « x. »

Par décision du 19 octobre 2009, la CNA a informé l'assuré qu'il n'avait aucun droit au versement de prestations d'indemnités journalières puisqu'il n'existait aucun lien de causalité certaine ou du moins vraisemblable entre les douleurs thoraciques et l'existence de plaques pleurales.

L'assuré a fait opposition à cette décision par l'intermédiaire de Me Iselin en date du 20 novembre 2009.

Le 17 février 2010, la Dresse H._____, spécialiste en anesthésiologie et médecin responsable au Centre de la douleur Cecil, a écrit ce qui suit à l'adresse du médecin conseil de la CNA :

« Au cours de l'année 2009, la symptomatologie ne s'est pas modifiée, A._____ présente toujours d'importantes douleurs thoraciques rétrosternales et transfixiantes avec irradiation dans le membre supérieur gauche, dont l'origine est multifactorielle. En effet, ces douleurs surviennent dans un contexte de plaques pleurales calcifiées dues à une exposition professionnelle à l'amiante et d'autre part dans le cadre de maladie thrombo-embolique. Ses douleurs ont nettement un caractère neuropathique, il est impossible de dire quelle est la cause de ses douleurs. Il s'agit vraisemblablement d'une combinaison des deux problèmes.

Les symptômes que présente A._____ sont toujours extrêmement invalidants, je vous rappelle également que la douleur est une sensation subjective, et qu'il n'existe pas de tests objectifs permettant de la mesurer. L'importance des douleurs de A._____ l'empêche de fonctionner dans sa vie quotidienne, et notre but au Centre de la Douleur est de réussir à mieux les contrôler afin qu'il puisse récupérer une meilleure qualité de vie.

[...] »

La CNA a confié une expertise au Prof. I._____, médecin-chef et à la Dresse J._____, médecin-cadre adjointe, tous deux spécialistes en

médecine interne générale et en pneumologie au Service de pneumologie du Centre hospitalier D._____, dont le rapport du 17 octobre 2012 se conclut ainsi :

« Appréciation du cas

A la suite de l'embolie pulmonaire de 2006, A._____ se plaint d'une dyspnée d'effort. Celle-ci a été attribuée à une maladie thromboembolique chronique sur la base de quelques plages d'hypoperfusion systématisées périphériques persistantes à la scintigraphie pulmonaire ventilée-perfusée (examen du 30.06.09). Par contre, l'angio-scanner du 18.07.08 est décrit comme essentiellement normal sans évidence d'embolie pulmonaire centrale ou périphérique. De même, l'échocardiographie du 03.02.11 et l'IRM thoracique du 25.02.11 n'apportent pas d'argument en faveur d'une éventuelle hypertension pulmonaire. Il existe actuellement une discordance entre les données subjectives et les données objectives au sujet de la plainte de dyspnée. En effet, A._____ mentionne une dyspnée survenant à l'effort léger, tel que la marche rapide ou la montée d'un étage d'escaliers, alors que les tests d'exploration fonctionnelle respiratoire du 24.07.12 sont tous dans la norme, de même que sa consommation maximale d'oxygène mesurée lors du test d'effort cardio-pulmonaire du 20.07.09.

Les plaques pleurales découvertes lors de l'hospitalisation du 02.06.06 se développent sur des années. Toutefois, le patient dit n'avoir ressenti jusque-là que d'occasionnelles douleurs thoraciques qu'il mettait sur le compte de son travail. Alors que l'embolie pulmonaire s'est manifestée par une vive douleur thoracique du côté droit, c'est trois semaines plus tard que le patient ressent pour la première fois une vive douleur thoracique du côté gauche, qui est dès lors demeurée persistante. Une douleur semblable est apparue récemment du côté droit, de moindre intensité. D'après leur chronologie et leur localisation, les douleurs chroniques parasternales gauches rapportées par le patient ne peuvent être attribuées à l'embolie pulmonaire de 2006. D'une part, les embolies pulmonaires ne sont pas connues pour induire des douleurs chroniques sur plusieurs années, et d'autre part la revue des imageries n'identifie comme possibles séquelles d'infarctus pulmonaire que des densités en bandes localisées dans le cul-de-sac costo-diaphragmatique postéro-latéral droit.

Bien qu'il ait été longtemps considéré que les plaques pleurales n'occasionnaient aucune douleur, plusieurs publications récentes remettent cette notion en cause. En particulier, une étude provenant d'un centre australien expert en pathologies liées à l'amiante a mis en évidence une plainte de douleurs thoraciques chez environ la moitié des sujets porteurs de plaques pleurales. Ces auteurs mentionnent que les douleurs sont souvent localisées dans la région parasternale et paravertébrale, localisations correspondant aux plaintes de A._____. Au vu de ces données de la littérature, et en l'absence d'autre cause objectivable, les douleurs thoraciques rapportées par le patient peuvent être raisonnablement attribuées aux plaques pleurales.

Réponse aux questions posées :

1. *Constatations sur le plan pneumologique et diagnostics ?*
 - Status post-embolie pulmonaire à prédominance lobaire inférieure droite le 02.06.06, avec persistance d'une dyspnée d'effort sans limitation fonctionnelle respiratoire objective.
 - Douleurs thoraciques gauches depuis 2006 et droites depuis 2012.
 - Plaques pleurales bilatérales.

2. *Quelles constatations et quels diagnostics sont-ils au degré de la vraisemblance prépondérante dus principalement à l'amiante, respectivement dus à d'autres expositions professionnelles ?*

Les embolies pulmonaires ne sont pas dues à l'amiante ou à une autre exposition professionnelle. Les plaques pleurales sont dues à l'exposition professionnelle à l'amiante.

3. *Est-ce que les douleurs exprimées sont dues de façon prédominante ou partielle aux plaques pleurales d'étiologie asbestosique ?*

Selon la littérature et en l'absence d'autre cause objectivable, les douleurs exprimées par le patient sont probablement dues de façon prédominante aux plaques pleurales d'étiologie asbestosique.

4. *Dans la mesure où il existe un lien pour le moins probable entre les douleurs exprimées et les plaques pleurales, veuillez en définir l'ampleur.*

Le lien entre les douleurs exprimées et les plaques pleurales est évalué comme très probable.

5. *Subsiste-t-il une capacité de travail ? Quels types d'activités sont-ils exigibles ? Avec quel horaire et quel rendement ?*

Pour répondre à ces questions, l'invalidité médicale théorique est estimée sur la base de la spirométrie et de la mesure de la capacité de diffusion, alors que la capacité de travail est estimée sur la base du test d'effort cardio-pulmonaire mesurant la consommation maximale d'oxygène.

Evaluation de l'invalidité médicale théorique : sur la base du VEMS normal à 112 % du prédit et de la capacité de diffusion normale à 95 % du prédit, l'invalidité médicale théorique est nulle.

Evaluation de la consommation d'oxygène en fonction de l'activité professionnelle : le dernier travail occupé par A. _____ était celui de menuisier ébéniste poseur de portes, fenêtres et plafonds. Pour ce travail essentiellement en position debout avec port de charges lourdes, le besoin métabolique peut être estimé à une consommation d'oxygène de 15 ml/kg.min. Actuellement, la consommation d'oxygène à l'effort maximal est de 29.9 ml/kg.min. Il est admis qu'une tâche peut être exécutée pendant 8 h pour autant que sa demande métabolique (consommation d'oxygène) n'excède pas 35 % de la consommation d'oxygène maximale du sujet. Pour A. _____, les 35 % de la capacité aérobie maximale correspondent à 10.5 ml/kg.min. On peut en conclure que la capacité aérobie de A. _____ ne lui permet pas de reprendre

son travail de menuisier ébéniste avec port de charges lourdes. Par contre, un travail en position assise ou debout avec port de charges légères est réalisable durant 8h/jour.

6. *Quelles mesures d'investigations et quelles thérapies préconisez-vous en lien avec les douleurs thoraciques ou sur le plan général du point de vue pneumologique ?*

Au vu de la plainte de dyspnée contrastant avec la normalité des examens fonctionnels, A._____ pourrait bénéficier d'un réentraînement à l'exercice physique dans le cadre d'un programme de réhabilitation respiratoire. »

Dans un avis du 6 novembre 2012, la Dresse K._____, spécialiste en médecine interne générale et pneumologie de la Division Médecine du travail de la CNA, a adhéré aux conclusions de cette expertise.

Dans un courrier du 28 novembre 2012, la CNA a informé l'assuré qu'elle allouerait des pleines prestations d'assurance légales pour les suites de la maladie professionnelle, la décision du 19 octobre 2009 pouvant être considéré comme nulle et non avenue.

Par un mail du 15 janvier 2013 à l'avocate de l'assuré, le Dr E._____ a écrit que la limitation de la capacité de travail n'était pas liée à la dyspnée mais à la douleur.

Par lettre du 16 janvier 2013, le conseil de l'assuré a relevé que l'état de santé de celui-ci était stabilisé dans la mesure où une évaluation de la prise en charge de sa douleur avait été effectuée et qu'aucune solution n'avait pu être trouvée pour le soulager.

Dans une appréciation du 25 janvier 2013, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine du travail auprès de la CNA, a estimé que la proposition d'effectuer un programme de réhabilitation respiratoire visait bien à soulager les symptômes décrits par l'assuré.

Après un échange de correspondances avec le conseil de l'assuré, la CNA a renvoyé celui-ci auprès de la Dresse H._____.

L'assuré a séjourné au Centre hospitalier D._____ du 1^{er} septembre au 8 septembre 2013. Dans la lettre de sortie du 23 septembre 2013, le Prof. L._____, spécialiste en chirurgie, en chirurgie vasculaire, en chirurgie thoracique et chef du Service de chirurgie thoracique et vasculaire, ainsi que les Drs N._____, spécialiste en chirurgie, en chirurgie thoracique et chef de clinique, et O._____, médecin assistant, ont posé le diagnostic principal de plaques pleurales bilatérales symptomatiques et ont indiqué que l'assuré avait subi une intervention le 3 septembre 2013 consistant en la résection des plaques pleurales de la paroi thoracique antérieure et postérieure.

Par lettre du 30 octobre 2013, la CNA a adressé au conseil de l'assuré un calcul de surindemnisation pour la période du 1^{er} juillet 2006 au 31 octobre 2013, étant précisé qu'elle avait fixé le montant de l'indemnité journalière à 144 fr. 30.

Par décision du 30 janvier 2014, la CNA a confirmé ce montant. L'assuré a fait opposition à ce projet.

Cette opposition a été rejetée par décision du 14 mars 2014.

Selon un rapport du 3 avril 2014 du Dr E._____, les douleurs thoraciques avaient presque disparu, mais il existait des douleurs post-thoracotomie.

Dans une appréciation médicale du 18 juillet 2014, le Dr M._____ a fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (IPAI) à 20 %. Il s'en explique ainsi :

« La Table n°10 ne permet pas de quantifier une atteinte à l'intégrité puisqu'il faudrait un degré d'invalidité pulmonaire de 331/3 pour atteindre le taux minimum d'IpAI de 5 %. En effet, les fonctions pulmonaires ne sont pas diminuées sur la base des résultats spirométriques.

En ce qui concerne les douleurs, nous devons procéder par analogie au moyen de la Table n°7 Atteinte à l'intégrité dans les infections de la colonne vertébrale qui comporte une échelle d'appréciation des douleurs fonctionnelles.

Avant l'intervention chirurgicale sur la plaque pleurale, l'expertise du Pr I. _____ nous renseigne sur l'intensité de la douleur : 4/10 sous traitement antalgique, 6/10 sans médicament antalgique et 8-9/10 lors des exacerbations au niveau du poumon gauche. Du côté droit, l'intensité de la douleur est à 3/10 sous traitement antalgique, 5/10 sans médicament (pas de crise douloureuse).

Sur la base de l'entretien du 19.05.2014, l'assuré mentionne qu'il a moins de douleurs attribuées aux plaques pleurales mais que par contre d'autres douleurs post-opératoires suite à la section de nerfs. Si nécessaire, la même opération pourrait être envisagée au niveau de la plèvre à droite. Il doit malgré tout toujours prendre un traitement de Tramadol® et de Rivotril®. Les douleurs augmentent à la moindre tentative d'efforts ou en cas d'énervement.

Sur la base de la Table n°7, on peut considérer un niveau de douleur à 2+ correspondants à des douleurs minimales permanentes même au repos accentuées par les efforts. A titre de comparaison, avant l'intervention chirurgicale, on pouvait considérer un niveau de douleur de 3+.

Le degré d'IpAI pour une douleur de 2+ varie entre 5 et 25 %. La situation la plus proche correspondrait à des douleurs de sciatique radiculaire ou de syndrome de la queue de cheval correspondant à un taux d'intégrité entre 10 et 20 %.

Compte tenu de la limitation à l'effort, de la persistance des douleurs du côté droit et la poursuite d'un traitement ininterrompu d'antalgiques, je vous propose de considérer un degré d'IpAI de 20 %. »

Par lettre du 25 juillet 2014, la CNA a informé l'assuré qu'elle considérait que l'état de santé de celui-ci était stabilisé et qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 juillet 2014, prenant en charge néanmoins les contrôles médicaux encore nécessaires.

Par décision du 16 septembre 2014, la CNA a fixé le taux d'invalidité à 22 % et l'atteinte à l'intégrité à 20 %.

L'assuré a fait opposition le 14 octobre 2014.

Par lettre du 6 octobre 2014, le Dr E._____ a informé la CNA que l'assuré avait de nouveau des douleurs thoraciques antérieures bilatérales depuis plusieurs semaines.

Dans un rapport de scanner thoracique du 23 octobre 2014, le Prof. P._____, spécialiste en radiologie, ainsi que le Dr Q._____, médecin-assistant, du Service de radiodiagnostic et de radiologie interventionnelle du Centre hospitalier D._____ ont indiqué que, par rapport à l'étude précédente du 11 juin 2013, on était en présence d'un status post retrait de plaques pleurales calcifiées de la région antéro-latérale gauche, ainsi que de la gouttière paravertébrale gauche. Ces médecins relevaient que les plaques pleurales diaphragmatique gauche, para cardiaque gauche, ainsi que du côté droit étaient strictement inchangées, et qu'il n'y avait pas de composante tissulaire en augmentation décelable. Selon les médecins, il n'y avait pas d'explication à la symptomatologie douloureuse bilatérale décrite par l'assuré.

Par courrier du 24 novembre 2014, l'assuré a demandé à l'assurance de rouvrir l'instruction médicale et de reprendre immédiatement le paiement des soins, du remboursement des frais de transport et du versement des indemnités journalières avec effet au 1^{er} août 2014. Il demandait également un délai supplémentaire de 30 jours pour faire part de son argumentation détaillée définitive concernant la décision du 16 septembre 2014.

Le 5 décembre 2014, l'assurance a écrit à l'assuré que durant la procédure d'opposition, les prestations seraient allouées dans la mesure fixée par la décision du 16 septembre 2014 et que si celle-ci réduisait ou supprimait des prestations en cours, l'effet suspensif de l'opposition était retiré au sens de l'art. 11 OPGA (ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 ; RS 830.11). L'assurance a conclu qu'elle ne pouvait pas reprendre le versement de l'indemnité journalière.

Par mail du 23 décembre 2014 au conseil de l'assuré, la responsable du dossier à la CNA a proposé à l'assuré de repousser le délai de complément d'opposition à la mi-février 2015.

Dans un courrier du 9 février 2015 à la CNA, l'assuré a déposé une demande en réparation de son dommage conformément à l'art. 78 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), estimant que le montant total de son dommage s'élevait à trois millions de francs au maximum.

Dans un rapport du 10 février 2015, le Dr E._____ a signalé que les symptômes étaient en train de se détériorer en ce sens que depuis le mois de septembre 2014, l'assuré souffrait de douleurs thoraciques antérieures des deux côtés. Il estimait que la relation entre les douleurs thoraciques et les plaques pleurales était hautement probable, d'autant plus que les plaques para-vertébrales gauches retirées ne provoquaient plus de douleurs.

Le 23 mars 2015, l'assuré a informé l'assurance d'une nouvelle opération qui devait être pratiquée par le Prof. L._____. Cette intervention a eu lieu le 1^{er} avril 2015 et a consisté en une pleurectomie partielle droite.

Dans une lettre du 3 juillet 2015 au Dr E._____, le Prof. L._____ écrit que les douleurs invalidantes qui empêchaient l'assuré de dormir s'étaient estompées, mais qu'il subsistait une irritation des nerfs intercostaux et qu'il n'avait pas prévu de revoir l'assuré à sa consultation sauf nécessité.

Dans une appréciation du 17 juillet 2015, le Dr M._____ a estimé que l'intervention du 1^{er} avril 2015 était à la charge de l'assurance.

Par lettre du 23 novembre 2015 à l'assuré, l'assurance a informé celui-ci qu'elle reprenait le versement de l'indemnité journalière

rétroactivement dès le 1^{er} août 2014, la décision du 16 septembre 2014 pouvant être considéré comme nulle et non avenue.

Le 3 février 2016, le Dr E. _____ a écrit à l'assurance que si les douleurs n'avaient plus l'importance qu'elles avaient auparavant, il fallait toutefois signaler que l'assuré ressentait toujours des douleurs en carcan pour lesquelles non seulement il avait dû continuer l'ibuprofène et reprenait maintenant des dérivés morphiniques. Ceux-ci n'étaient cependant pas systématiques, mais utilisés au coup par coup surtout en raison de douleurs nocturnes. Il était d'avis que les plaques en contact avec le diaphragme et qui n'étaient pas retirables étaient certainement responsables des douleurs résiduelles.

Dans une appréciation du 3 mars 2016, le Dr M. _____ a proposé de considérer que la situation actuelle était superposable à celle du mois de juillet 2014 avec le même degré d'atteinte à l'intégrité.

Le 21 mars 2016, la CNA a écrit à l'assuré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration notable de l'état de santé de celui-ci. Dès lors un terme serait mis au versement de l'indemnité journalière au 30 avril 2016 au soir. L'assuré recevrait prochainement une communication à propos de la rente d'invalidité.

Par lettre du 7 avril 2016, l'assuré s'est opposé à la clôture de son dossier ainsi qu'au terme du versement de l'indemnité journalière.

Dans un avis du 18 avril 2016, le Dr M. _____ a écrit qu'on se trouvait dans les conditions précisées à l'art. 19 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), c'est-à-dire qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que celui-ci remplissait les conditions de l'art. 21 LAA. Ce médecin relevait que le Prof. L. _____ n'envisageait pas de nouvelles interventions chirurgicales et ne prévoyait pas de contrôle à sa consultation.

Par décision du 9 mai 2016, la CNA a fixé la rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 22 %, ainsi que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, identique à celle fixée précédemment.

Le 7 juin 2016 l'assuré, par son avocat, a formé opposition estimant que son dossier devait rester ouvert. Il relevait en particulier qu'il s'agissait « de guetter le moment où votre assuré devra être opéré. » Il estimait que « le cas doit rester ouvert, conservé soigneusement sous contrôle, et cela sous l'égide et sous la responsabilité de la SUVA. » L'intéressé se fondait également sur un rapport du 30 mai 2016 du Dr E._____ selon lequel l'augmentation des douleurs constatées pouvait être ralentie par des infiltrations. Un tel traitement pourrait très probablement amener une amélioration visible de l'état de l'assuré et augmenter de manière claire ses capacités à gérer et à effectuer les activités de la vie quotidienne. L'intéressé estimait donc que les conditions de l'article 19 alinéa 1^{er} LAA n'étaient pas encore remplies. Il contestait également le degré de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Dans une appréciation du 25 août 2018, le Dr M._____ a relevé que les spécialistes proposaient une prise en charge non chirurgicale pour le traitement symptomatique de la douleur. Il proposait d'accepter le traitement médicamenteux proposé ainsi que le traitement par infiltration dans un service spécialisé de la douleur. Il suggérait de faire un « état des lieux » dans un délai de six mois. En ce qui concerne l'IPAI, le Dr M._____ constate qu'il n'y a pas de base pour fixer celle-ci à 35 % plutôt que 20 %.

Par décision sur opposition du 28 septembre 2016, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré.

B. Par recours du 28 octobre 2016, l'assuré a conclu à la reprise du versement des indemnités journalières dès le 1^{er} mai 2016, subsidiairement à une expertise médicale et encore plus subsidiairement à l'annulation et au renvoi à l'assurance pour instruction complémentaire. Il

soutient que son état de santé n'est pas stabilisé et que le taux de l'atteinte à l'intégrité devrait être fixé à 35 %. Il conteste également le taux de l'incapacité de gain retenu par l'assurance.

Avec son recours, l'assuré produit notamment un avis du Dr E. _____ selon lequel on ne pouvait considérer que le traitement médical du patient est achevé. Il considérait que dans la mesure où les douleurs étaient liées à une irritation des nerfs intercostaux, il est encore possible de ralentir cette augmentation des douleurs notamment par des infiltrations. En outre, comme la médecine faisait régulièrement des progrès, il faudrait peut-être envisager une thoracoscopie dans le but d'agir sur les afférences nociceptives sympathiques. Le médecin considérait également que l'appréciation de la douleur résiduelle de l'assuré avait été largement sous-évaluée et que par conséquent le degré d'atteinte à l'intégrité estimée au maximum à 25 % était largement sous-évalué.

Par réponse du 20 février 2017 la CNA conclut au rejet s'agissant du versement des indemnités journalières et de l'IPAI. Elle conclut à l'irrecevabilité du recours en tant qu'il portait sur la quotité de la rente.

Le 26 décembre 2017, l'assuré a adressé à l'assurance une demande de révision, concluant à la mise en place d'un suivi comprenant un examen clinique, un examen fonctionnel et un CT-scan annuels pris en charge par l'assurance.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence le recourant conclut à la poursuite du versement des indemnités journalières ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité plus élevée. Il conteste également le taux de l'incapacité de gain retenu par l'intimée.

Or, son opposition ne portait pas sur ce dernier aspect. L'intimée ne s'est donc pas prononcée à cet égard dans la décision sur opposition et elle a considéré qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur la rente d'invalidité. A juste titre. En effet, l'opposition est un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi. Il appartient 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 ; TFA U 259/00 du 18 mars 2001 *in* SJ 2001 II 212). C'est pourquoi la décision de l'assureur entre partiellement en force dans la

mesure où elle n'est pas attaquée en procédure d'opposition (sur certains points), et ne fait pas l'objet d'un examen d'office (ATF 119 V 350 consid. 1b). Dans le cas d'une décision portant sur deux objets, il suffit néanmoins qu'il soit possible de déduire des conclusions de l'opposant interprétées au regard des griefs formulés une volonté de contester l'un et l'autre des objets (TFA U 27/04 du 15 mars 2005 consid. 3).

En l'occurrence, l'opposition ne permet pas de considérer que le degré d'invalidité était contesté. Le recours est donc irrecevable en tant qu'il concerne le droit à la rente. Certes, dans sa réplique, le recourant soutient que la question de la quotité de la rente ne pourra être résolue qu'après l'examen de l'extinction du droit à l'indemnité journalière. Il n'empêche que la quotité de la rente a été fixée dans la décision du 9 mai 2016 et que cette question n'a absolument pas été abordée par le recourant dans son opposition.

3. a) 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.

De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (TF 8C_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1 ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées). Le droit à la prise en charge des traitements médicaux et des indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux

d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6.2).

b) Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais sont accordées à son bénéficiaire lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (art. 21 al. 1 let. a LAA).

4. En l'occurrence, il convient d'abord de relever que l'existence d'une maladie professionnelle n'est pas contestée. En outre, contrairement à ce semble croire le recourant, il ne s'agit pas de clore son dossier puisque comme l'intimée le relève, elle admet de prendre en charge le traitement médical du recourant dans le cadre de sa maladie professionnelle.

La question est de savoir si, au moment où la décision sur opposition a été rendue, il existait une possibilité d'amélioration de l'état de santé de la continuation du traitement médical au sens de l'art. 19 LAA. Il ne s'agit pas d'examiner si le recourant est guéri ou non. Il n'est pas contesté qu'il ne l'est pas.

L'intimée s'est fondée sur l'avis du Dr M. _____ du 18 avril 2016, lui-même fondé sur le courrier du 3 juillet 2015 du Dr L. _____. Il est difficilement contestable qu'il découle de cette lettre une stabilisation de l'état de santé du recourant. Aucun traitement n'était en effet envisageable si ce n'est celui contre la douleur que la CNA a accepté de prendre à sa charge. Comme le relève l'intimée dans sa réponse, les différentes mesures thérapeutiques entreprises n'ont pas apporté d'amélioration notable. On ne peut dès lors que considérer qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état du recourant. Les conditions de l'art. 19 al. 1 LAA sont ainsi remplies. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a mis fin au paiement des indemnités journalières.

5. Reste à examiner le taux de l'IPAI octroyée en raison des douleurs pulmonaires.

Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 ; RS 832.202), une 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. D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'IPAI 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.

Selon la jurisprudence, l'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel), mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b). De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'aggravation prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C_705/2010 du 15 février 2012 consid. 4.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'IPAI est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des

inconvenients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b et les références citées).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent du montant maximum du gain assuré (ATF 124 V 29 consid. 1b et 113 V 218 consid. 2a). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. 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 ; 116 V 156 consid. 3a ; TF 8C_563/2014 du 12 janvier 2015 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

6. Dans son appréciation du 18 juillet 2014, le Dr M. _____ n'a pas pu se fonder sur une table *ad hoc* au vu de la particulière singularité de l'atteinte à l'intégrité corporelle dans le cas d'espèce. Il a écarté l'application de la table n° 10 dès lors qu'il s'agissait de douleurs et non d'une diminution des fonctions pulmonaires sur la base des résultats spirométriques. Il a procédé à une application analogique de la table n° 7 qui concerne l'atteinte à l'intégrité dans les infections de la colonne vertébrale et qui comporte une échelle d'appréciation des douleurs fonctionnelles. Se fondant sur le rapport d'expertise du Prof. I. _____ et de la Dresse J. _____, il a estimé que, du point de vue des douleurs, la situation la plus proche correspondait à des douleurs de sciatique radiculaire ou de syndrome de la queue de cheval correspondant à un taux d'IPAI entre 10 % et 20 %. Compte tenu de la limitation à l'effort, de la persistance des douleurs du côté droit et la poursuite d'un traitement ininterrompu d'antalgiques, il a considéré qu'il convenait de retenir un

degré d'atteinte à l'intégrité de 20 %. Le 3 mars 2016, après seconde opération, le Dr M._____ a considéré que si les interventions chirurgicales avaient eu un certain effet sur les douleurs, elles n'avaient pas permis d'arrêter tout traitement antalgique. Estimant difficile de prévoir l'évolution et n'excluant pas un retour à la situation initiale du mois de juillet 2014, il a considéré qu'il convenait de retenir une situation superposable avec le même degré d'IPAI de 20 %.

A l'instar de l'appréciation médicale du Dr M._____ du 25 août 2016 et de l'intimée, il y a lieu de retenir que, du point de vue médical, rien ne permet de retenir un taux supérieur. Le taux de 35 % auquel conclut le recourant ne repose sur aucun élément médical, ni sur aucune autre comparaison avec des bases reconnues.

L'avis circonstancié du Dr M._____ doit être confirmé.

7. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

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

- I.** Le recours déposé le 28 octobre 2016 par A. _____ est rejeté en tant qu'il est recevable.

- II.** La décision sur opposition rendue le 28 septembre 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Graf (pour le recourant),
- Me Elsig (pour l'intimée),
- 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).

Le greffier :