

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 janvier 2022

Composition : M. NEU, président
M. Bidiville et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

B. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne,

et

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

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, travaillait depuis 2013 en qualité de maçon pour le compte de M. _____ Sàrl à F._____, société dont il était l'un des associés. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 7 juin 2014, alors qu'il travaillait sur un échafaudage dans un conduit d'ascenseur, l'assuré est tombé d'une hauteur d'une dizaine de mètres, entraînant de multiples fractures cervicales et dorsales (C5, C6, C7, D1, D2, D7) et un traumatisme crânien, sans perte de connaissance. Il s'est également plaint de douleurs sternales et dorsales ainsi qu'à la jambe droite sur laquelle il s'était réceptionné. Il a présenté une incapacité de travail totale dès cette date.

La CNA a pris en charge le cas et versé les prestations légales dues pour les suites de l'événement annoncé.

Sur proposition du Dr D._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA (rapport du 28 avril 2015), l'assuré a séjourné à la Clinique H._____ du 28 mai au 23 juin 2015 en vue d'un réentraînement à l'effort. Les examens cliniques effectués ont mis en évidence les atteintes suivantes en lien avec l'accident du 7 juin 2014 : traumatisme cranio-cérébral léger ; fracture transverse du tiers distal du manubrium sternal ; fractures de l'arc postérieur gauche de C5, de l'apophyse transverse droite de C6, de la facette articulaire gauche de C7 à gauche ; fractures postérieures droites du corps vertébral D1, du plateau supérieur de D2 et D4 et fracture-tassement de D7 ; arrachement à la base ulnaire de P1 du pouce gauche. Les médecins de la Clinique H._____ ont également posé le diagnostic de neuropathie démyélinisante focale ulnaire gauche au coude. A titre de co-comorbidités, ils ont retenu des troubles dégénératifs cervicaux et une discopathie dégénérative C4-C5. Ils ont aussi constaté une allergie au ciment

(dermatite allergique de contact), l'examen des mains ayant révélé une hyperkératose au niveau des têtes métacarpophalangiennes des deux côtés. Une année après l'accident, ils ont estimé que la situation était pratiquement stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Moyennant le respect des limitations fonctionnelles énoncées (pas de ports répétés de charges supérieures à 15 kg et pas d'activités au-dessus du plan des épaules), la capacité de travail de l'assuré dans l'activité de maçon indépendant était de 50 % du 24 juin au 2 août 2015 puis de 100 % dès le lendemain (rapport du 23 juillet 2015).

Après avoir procédé à l'examen médical final de l'assuré en date du 2 décembre 2015, le Dr D. _____ a relevé que le traitement touchait à sa fin et que, partant, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, à savoir sans port de charges lourdes et sans travaux sollicitant fortement le rachis cervico-dorsal. Par ailleurs, se référant à la table 7 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale), il a retenu un taux de 10 % en lien avec des fractures étagées de la colonne cervico-dorsale, sans retentissement fonctionnel majeur ni déficit neurologique. Il a expliqué que la situation lui paraissait intermédiaire entre des douleurs modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement (+) et des douleurs permanentes même au repos accentuées par les efforts ([++]; rapport du 3 décembre 2015).

Ensuite de la demande de prestations déposée par l'assuré le 26 février 2015, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) l'a informé qu'il entendait lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité pour la période comprise entre le 1^{er} août et le 30 novembre 2015. Selon les renseignements médicaux en sa possession, il présentait une incapacité de travail de 100 %, respectivement de 80 %, du 7 juin 2014 au 2 août 2015 avant qu'une capacité de travail entière ne lui soit reconnue dès le 3 août 2015 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La comparaison des revenus avant et après invalidité, tous deux tirés des statistiques

salariales, respectivement de 66'712 fr. et de 60'036 fr. 41, ce dernier ayant fait l'objet d'un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge, a conduit à un taux d'invalidité (arrondi) de 10 %. Par conséquent, la rente était supprimée au 30 novembre 2015, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain (projet de décision du 29 février 2016 entériné par décision du 20 novembre 2018).

Le 9 février 2016, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 mars 2016, l'examen du Dr D._____ ayant conclu à la stabilisation de sa situation médicale s'agissant des seules suites de l'accident du 7 juin 2014.

Par décision du 20 avril 2016, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, au motif que, sur le plan médical, il serait à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à condition d'éviter les charges lourdes et les travaux sollicitant fortement le rachis cervico-dorsal. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un revenu supérieur au gain de 32'942 fr., réalisable sans l'accident. Ainsi, en l'absence d'une diminution notable de la capacité de gain, le droit à une rente n'était pas ouvert. Toutefois, conformément à l'avis de son médecin d'arrondissement, la CNA lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %.

En date du 19 mai 2016, l'assuré, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat, s'est opposé à cette décision. S'agissant de la capacité de gain, il a contesté le gain de valide retenu estimant qu'il était inférieur au revenu perçu dans sa profession. A cet égard, il a rappelé que l'office AI avait fixé le revenu sans invalidité en 2015 à 66'712 francs. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il s'est référé à une correspondance du 2 mai 2016 à la CNA dont il résultait que cette dernière avait convenu de solliciter un second avis médical à ce propos auprès du Dr L._____, médecin associé au sein du Département des neurosciences cliniques de l'Hôpital N._____. Il a dès lors suggéré que le traitement de l'opposition

soit suspendu quelque temps dans l'attente des renseignements demandés.

Dans son rapport du 30 décembre 2016, le Dr L._____ a relevé que, selon ses dires, l'assuré ne présentait pas de problèmes au niveau de la colonne cervicale mais plutôt une douleur au niveau du sternum irradiant vers l'arrière. Toutefois, les éléments radiologiques réalisés jusqu'au 17 février 2015 au niveau du rachis n'avaient pas montré de lésions pouvant expliquer les symptômes de l'intéressé. Concernant les douleurs antérieures au niveau du sternum, il n'y avait pas d'examen radiologiques montrant l'absence d'une pseudo-arthrose au niveau du sternum. S'agissant des genoux, l'assuré n'avait pas mentionné de douleurs et l'examen effectué n'avait pas montré de signe d'instabilité ou d'épanchement. Quant au problème cervico-dorsal, le Dr L._____ a jugé que la fracture était guérie même s'il pouvait persister des douleurs dorsales chroniques. Il a terminé son rapport en recommandant une évaluation pour un bilan au niveau du sternum.

Conformément à la suggestion du Dr L._____, le Dr G._____, médecin associé au Service de chirurgie thoracique de l'Hôpital N._____, a examiné l'assuré et fait réaliser un scanner thoracique. Dans son rapport du 3 novembre 2017, il a relevé qu'au status, le sternum était parfaitement stable, sans fausse mobilité. Il n'y avait pas d'hyposensibilité en regard, ni de rougeur, ni d'œdème. Le scanner thoracique avait permis d'exclure un problème osseux en regard de la paroi thoracique, avec absence de pseudarthrose tant au niveau du sternum qu'au niveau costal. Le Dr G._____ n'avait donc pas d'explication claire quant aux douleurs du tiers inférieur du sternum, lesquelles ne s'expliquaient en tout cas pas par une pathologie ostéoarticulaire.

Dans l'intervalle, l'assuré a, par courrier du 28 septembre 2017, attiré l'attention de la CNA sur la problématique dermatologique affectant ses mains et - dans une moindre mesure - ses pieds. Il a expliqué que cette affection se manifestait dans toute activité impliquant un contact avec quelque matière que ce soit. Dans la mesure où ces

troubles avaient été annoncés à la CNA en tant que maladie professionnelle, il lui a demandé de rouvrir le dossier dès lors qu'il consultait un dermatologue à ce sujet.

Par courrier du 2 février 2018, la CNA a exposé de quelle manière elle avait fixé le revenu sans invalidité. A cet égard, elle a expliqué qu'elle s'était fondée sur les revenus perçus par l'assuré au cours des années 2010 à 2014 tels qu'ils ressortaient de l'extrait du compte individuel établi par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS. D'après ce document, il avait obtenu un revenu de 11'186 fr. en 2010, de 11'588 fr. en 2011, de 12'673 fr. en 2012, de 64'965 fr. en 2013 et de 64'297 fr. en 2014, soit un total de 164'709 fr., d'où un revenu (arrondi) de 32'942 fr. (164'709 fr. / 5). Elle a souligné qu'elle n'avait pas à suivre le revenu de 66'712 fr. retenu par l'assurance-invalidité, dans la mesure où il se fondait sur une base purement théorique. De plus, selon les revenus attestés par le compte individuel, l'assuré n'avait pas touché des revenus aussi élevés dans les années ayant précédé son accident. La CNA a imparti à l'assuré un délai au 19 mars 2018 pour lui faire part de ses éventuelles remarques.

Le 15 mars 2018, l'assuré a notamment sollicité des explications complémentaires quant à la fixation du gain sans invalidité. Il s'est étonné que la CNA se soit fondée sur les revenus obtenus entre 2010 et 2012, lesquels étaient sensiblement inférieurs à ceux perçus dans le cadre de l'activité exercée pour le compte de M. _____ Sàrl.

Par décision sur opposition du 15 mars 2018, la CNA s'est fondée sur l'avis de son médecin d'arrondissement pour retenir que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et qu'il présentait une capacité de travail entière dans une activité sans port de charges lourdes et épargnant le rachis cervico-dorsal. Du point de vue économique, elle a retenu un revenu sans invalidité de 32'942 fr. alors que le revenu d'invalidé, fondé sur cinq descriptions de poste de travail (ci-après : DPT) englobant des activités très légères adaptées au handicap de l'assuré, s'élevait à 58'276 francs. La comparaison de ces revenus conduisant à un préjudice

économique inférieur à 10 %, le droit à une rente d'invalidité n'était pas ouvert. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux pertinents permettant d'admettre une atteinte plus importante que celle retenue par le Dr D._____. Partant, de plus amples éclaircissements s'avéraient superflus. En conséquence, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré.

Par courrier du 19 mars 2018, l'assuré a constaté que la décision sur opposition du 15 mars 2018 s'était croisée avec sa lettre du même jour portant sur le gain de valide d'une part et l'affection dermatologique d'autre part. Aussi a-t-il proposé à la CNA d'examiner les questions soulevées dans cette missive et, dans l'intervalle, d'annuler sa décision sur opposition de manière à ne pas l'obliger à engager une procédure de recours.

Le 22 mars 2018, la CNA a indiqué que le courrier du 19 mars 2018 ne lui permettait pas de modifier sa décision sur opposition et que, de plus, celle-ci ne portait pas sur la maladie dermatologique.

B. Par acte du 25 avril 2018, B._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 15 mars 2018 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme dans le sens d'une rente d'invalidité de 70 % à compter d'une date à fixer à dire de justice et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité plus élevée que 10 %, subsidiairement à son annulation. Contestant le refus d'une rente d'invalidité, il s'en est pris à la détermination des revenus avec et sans invalidité. S'agissant plus particulièrement du gain d'invalidité, il a fait valoir qu'il ne pouvait être fait abstraction de l'affection dermatologique dans la mesure où celle-ci empêchait une activité de substitution suivie et rentable pour un employeur ; en effet, chaque fois que l'eczéma se manifestait d'une manière gênante (fissures saignantes, bulles aux doigts, douleurs des mains), il devait arrêter le travail jusqu'à ce que l'état de ses mains s'améliore. Aussi a-t-il sollicité la suspension de l'instruction du cas

jusqu'à décision définitive et exécutoire de la CNA concernant la maladie professionnelle (eczéma par allergie de contact).

A l'appui de son recours, l'assuré a joint un bordereau de pièces dans lequel figurait un rapport établi le 22 mars 2018 par le Dr P._____, spécialiste en dermatologie. Celui-ci y relevait que l'intéressé montrait une sensibilisation de contact multiple à des allergènes retrouvés dans diverses techniques professionnelles, que cela soit au niveau de la construction en chantier, de la fabrication de caoutchoucs, de l'entretien de matériaux à visée anticorrosive ou encore des fluides refroidissants et de techniques de production du ciment. Ces allergènes pouvaient être incriminés dans la problématique de l'eczéma chronique de l'assuré ainsi que des exacerbations ayant pu se produire par le passé. Parmi les pièces produites figurait également le compte-rendu d'un entretien du 23 avril 2018 entre un collaborateur de la CNA et l'assuré. Celui-ci y évoquait, après la faillite de M._____ Sàrl, la création d'une nouvelle société (M._____ Ltd), dont il était le seul directeur et gérant ; dans le cadre de son activité au service de cette dernière, il estimait ne pas être en mesure d'excéder, au vu de l'ensemble de ses troubles, un rendement de 30 %.

Compte tenu des investigations médicales en cours, le magistrat instructeur a suspendu la procédure le 30 avril 2018.

Le 19 août 2019, l'assuré a transmis un rapport établi le 9 mai 2019 par le Dr S._____, médecin associé au Service de dermatologie et vénéréologie de l'Hôpital Q._____. Selon ce médecin, il souffrait d'une dermite de contact mixte, allergique et irritative, localisée de manière prépondérante au niveau des mains mais également quelquefois au niveau des pieds. De plus, les dermatites chroniques des mains pouvaient évoluer à bas bruit de manière autonome et être aggravées par la chaleur, la transpiration et des produits de nature irritante (détergents, produits de nettoyage). L'assuré en déduisait qu'il présentait une maladie professionnelle et qu'il incombait par conséquent à la CNA d'en assumer la prise en charge.

L'instruction ayant été reprise, la CNA a déposé, le 10 septembre 2019, sa réponse au recours. Tout d'abord, elle a rappelé son courrier du 31 juillet 2019 aux termes duquel elle avait confirmé la prise en charge des frais de traitement de l'affection dermatologique au titre de maladie professionnelle. S'agissant d'une éventuelle incompatibilité dermatologique avec les activités de substitution retenues par les DPT, la CNA s'est référée à la prise de position du 26 août 2019 du Dr Y._____, spécialiste en médecine du travail ; celui-ci y confirmait que les cinq DPT sélectionnées étaient compatibles avec la maladie professionnelle de l'assuré, dès lors qu'aucune d'entre elles ne l'exposait aux substances irritatives ou produits allergènes contre-indiqués médicalement (chrome, cobalt ainsi qu'isopropyl-N-phényl 1-phénylènediamine, mercapto mix, mercapto bentothiazole, p.abitol). Pour le surplus, il n'existait aucun élément de nature à remettre en cause la décision sur opposition du 15 mars 2018, si bien qu'elle a conclu au rejet du recours.

Par courrier du 21 octobre 2019, l'assuré a requis une nouvelle suspension de la procédure. A l'appui de sa démarche, il a exposé qu'il était impossible de fixer le revenu de valide (en vue de la comparaison des revenus avec et sans invalidité), tant que la question de la maladie professionnelle n'avait pas été tranchée. Aussi a-t-il demandé l'application des art. 78 ss OPA (ordonnance du 19 décembre 1983 sur la prévention des accidents et des maladies professionnelles ; RS 832.30). Dans un courrier à la CNA daté du même jour, il expliquait avoir été actif toute sa vie dans le domaine de la construction ; or en raison de son état de santé et de son âge, l'exercice d'une profession dans cette branche n'était plus exigible. Il convenait donc de rendre une décision d'inaptitude à tout travail dans la construction. Quant aux cinq DPT retenues, elles ne lui paraissaient pas compatibles avec la maladie dermatologique dont il souffrait.

Le 16 août 2021, l'assuré a transmis une décision datée du 23 mars 2020, par laquelle la CNA a refusé de reconnaître l'inaptitude professionnelle de l'assuré, retenant que la maladie dermatologique répondait de manière efficace à un traitement occasionnel simple. On ne

pouvait donc conclure à l'existence d'une « *sérieuse menace à la poursuite de l'activité* ». L'assuré a ainsi contesté le refus de la CNA de prendre en compte des facteurs d'inaptitude liés à la dermatose. D'après lui, en présence de problèmes allergènes et irritatifs, les cinq DPT sélectionnées ne convenaient pas, si bien que la fixation du gain de valide par leur intermédiaire devait être exclue. Il a déclaré maintenir intégralement son recours.

Dupliquant en date du 7 septembre 2021, la CNA a relevé que, s'agissant de la pathologie dermatologique, aucune pièce médicale ne contredisait l'avis du Dr Y._____, selon lequel les activités proposées étaient compatibles avec la maladie professionnelle dont souffrait l'assuré. Au demeurant, l'une des DPT retenues concernait un emploi de concierge et, contrairement à ce que prétendait ce dernier, cette profession pouvait être exercée en portant des gants si des produits comportant les substrats contre-indiqués étaient employés. Renvoyant pour le surplus à son mémoire de réponse du 10 septembre 2020 [recte : 2019], elle a indiqué maintenir ses conclusions tendant au rejet du recours.

Dans ses déterminations du 20 octobre 2021, l'assuré a indiqué que, pour un travail d'ouvrier ou de concierge d'école, il n'était pas possible d'analyser soigneusement les composants des produits utilisés avant de décider de porter ou non des gants. De surcroît, tous les travaux ne pouvaient être exécutés en portant des gants car des emplois de concierge ou d'ouvrier impliquaient parfois des tâches fines, tels que placer une petite vis. Cela étant, l'assuré a répété qu'il présentait une allergie de contact avec diverses matières autres que les produits chimiques mentionnés par la CNA. Il a déclaré maintenir les conclusions de son recours.

S'exprimant par pli du 2 novembre 2021, la CNA a souligné que, selon les Drs Y._____ et S._____, les activités professionnelles n'exposant pas l'assuré aux substances dermatologiquement prohibées était possible. Il ne pouvait pas non plus être suivi lorsqu'il faisait valoir qu'un éventuel port de gants dans une fonction d'ouvrier ou de concierge n'était pas praticable. La CNA a derechef conclu au rejet du recours.

Par courrier du 18 novembre 2021, l'assuré a relevé que, contrairement à ce que soutenait la CNA, ce n'était pas le contact avec des substances chimiques déterminées qui faisait apparaître l'eczéma, mais également des phénomènes comme la chaleur ou la transpiration. Ainsi, l'affirmation selon laquelle seuls des produits chimiques étaient responsables de l'eczéma s'avérait erronée. Dans ce sens, une activité d'ouvrier en continu, en usine ou dans un atelier, n'était pas compatible avec le port ininterrompu de gants, dès lors que l'allergie survenait ou était augmentée par la chaleur ou la transpiration. De plus, si le port de gants dans l'activité de concierge était certes possible pour des tâches sans contact avec des substances chimiques allergènes, il n'était en revanche pas possible pour nombre de travaux nécessitant une certaine précision (remplacement d'ampoules, réparation d'appareils avec des vis, des boulons ou des écrous). Enfin, un contact fréquent avec des substances a priori sans danger (carton, papier, métal, bois) provoquait également la dermatite de contact. Autrement dit, le contact lui-même entraînait l'apparition de l'eczéma. Au vu des appréciations divergentes des parties, l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres

conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte, s'agissant des suites de l'événement accidentel du 7 juin 2014, sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents d'une part et sur la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité d'autre part.

3. Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

4. Le recourant reproche à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle il a droit.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. 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. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3).

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; 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. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

Aux termes de 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, 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 inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). 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_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 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). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un

taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

b) En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur le rapport du 3 décembre 2015 du Dr D. _____ pour déterminer le taux d'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité du recourant. Cette appréciation se fonde sur une stabilisation de l'état de santé parfaitement documentée (cf. également rapport de la Clinique H. _____ du 23 juillet 2015), étant précisé que la CNA s'en est assurée en faisant procéder à un double complément d'expertise (cf. rapports des Drs L. _____ et G. _____ des 30 décembre 2016 et 3 novembre 2017). Cela étant, c'est à juste titre que l'intimée s'est rapportée, dans la décision dont est recours, à la table 7 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité concernant des affections de la colonne vertébrale, pour constater, au titre des douleurs fonctionnelles liées aux fractures, que l'état de l'assuré se situe entre des douleurs modérées après mobilisation ([+] / 5-10 %) et des douleurs minimales permanentes même au repos ([++] / 10-20 %) mais en tout cas sans atteindre des douleurs permanentes intenses ([+++] / > 21 %). Du reste, les plaintes formulées par le recourant au début de son séjour à la Clinique H. _____ concernaient des douleurs cervicales, maximales en flexion et en extension, mais absentes au repos et d'intensité estimée entre 0 et 4/10 (rapport du 23 juillet 2015, p. 4). En retenant une indemnité pour atteinte à l'intégrité moyenne de 10 %, la manière de procéder du Dr D. _____ tient compte de façon proportionnée de l'importance de l'atteinte à la colonne vertébrale. Il s'ensuit que le taux de 10 % apparaît conforme au droit, sans que le calcul du montant de l'indemnité ait été contesté ou ne prête flanc à la critique.

La décision litigieuse sera donc confirmée sur ce point.

5. Reste à examiner la perte de gain et, partant, le degré d'invalidité du recourant.

a) aa) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C _862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

bb) En l'espèce, l'intimée a considéré, sur la base du rapport du Dr D. _____ du 3 décembre 2015, que l'état du recourant était stabilisé. Celui-ci ne remet pas en cause, à juste titre, la capacité de travail retenue par l'intimée, soit le renvoi à l'exercice à temps complet d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'il présente des suites de l'accident assuré, à savoir éviter le port de charges lourdes et les travaux sollicitant fortement le rachis cervico-dorsal. Sur le plan médical, le dossier est clairement instruit, et les conclusions reprises en synthèse par le Dr D. _____ convaincantes.

Le recourant remet néanmoins en cause l'appréciation de sa capacité de gain.

b) aa) 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 (cf. 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 (cf. art. 7 LPGA).

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.

bb) Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (cf. art. 16 LPGA auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; cf. TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2 ; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n° 229 p. 977).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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 ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 229 p. 977). Par ailleurs, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (cf. ATF 129 V 222 ; cf. TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2), étant précisé qu'en l'occurrence, le moment déterminant pour procéder à cette analyse est l'année 2016, la CNA ayant informé l'assuré le 9 février 2016 qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état et que, corrélativement, il était mis fin au paiement de l'indemnité journalière et des frais médicaux avec effet au 31 mars 2016 (cf. art. 19 al. 1 LAA).

On soulignera encore que la notion de « marché du travail équilibré » est certes théorique et abstraite mais qu'elle est néanmoins inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (cf. TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

cc) Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle pourrait effectivement réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé 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 (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence ; cf. TF 8C_563/2014 du 12 janvier 2015 consid. 4.1).

dd) Pour fixer le revenu d'invalide, il convient de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas à profit sa capacité de travail après l'accident (cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 234 p. 978). Dans ce cas, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et 126 V 75 consid. 3b/aa avec les références citées ; cf. TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 236 s. p. 978 s.), ou en fonction des données salariales résultant des DPT établies par la CNA (cf. ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1).

La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidé, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 240 p. 980). Pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (cf. ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; cf. TF 8C_694/2019 du 16 novembre 2020 consid. 5.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap de l'assuré, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (cf. ATF 139 V 592 consid. 6.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.2 ; cf. TF 8C_694/2019 précité consid. 5.2). Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à une réduction en cas de recours à des DPT car celles-ci prennent déjà en considération la situation particulière de l'assuré. En d'autres termes, 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 justifiée ni admissible (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; cf. TF 8C_694/2019 précité consid. 5.3).

ee) La particularité du cas d'espèce tient à la reconnaissance d'une maladie professionnelle d'ordre dermatologique, prise en charge séparément des suites de l'événement accidentel du 7 juin 2014, mais dont l'incidence est disputée en termes d'évaluation de la capacité de gain

et donc du degré de l'invalidité. Plutôt que d'opter pour une méthode de calcul théorique fondée sur l'ESS, comme le fit l'office AI, l'intimée a préféré la méthode des DPT, en en retenant cinq, réputées compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant. Elles se rapportent aux postes de travail suivants : ouvrier polyvalent (DPT n° [...]), contrôleur qualité (DPT n° [...]), collaborateur de production au triage des pommes de terre après laveuse (DPT n° [...]), employé à l'ordonnancement (DPT n° [...]) et concierge d'école (DPT n° [...]). Or ces cinq DPT ont fondé la décision sur opposition litigieuse avant que ne soit reconnue au titre de maladie professionnelle la pathologie dermatologique dont souffre le recourant. Ce nonobstant, l'intimée soutient que les problèmes dermatologiques n'ont pas d'impact sur la capacité de travail en termes de limitations fonctionnelles, ni sur la capacité de gain au regard des DPT proposées, l'intéressé pouvant se traiter avec des pommades et porter le cas échéant des gants de protection.

Le point de vue de l'intimée ne saurait être suivi.

aaa) Si les cinq DPT n'apparaissent pas d'emblée en contradiction avec les limitations orthopédiques, elles renvoient à des activités strictement manuelles qui nécessitent d'en examiner concrètement la compatibilité avec les troubles liés à la maladie professionnelle. En effet, la dermatite de contact pour laquelle le corps médical a clairement identifié les produits chimiques allergènes est qualifiée de mixte, allergique et irritative, évoluant à bas bruit et pouvant être aggravée non seulement au contact des produits énumérés, mais aussi par la chaleur et la transpiration (cf. rapport du Dr S. _____ du 9 mai 2019). Ainsi, renvoyer l'assuré au port de gants ne résiste pas à l'examen, dès lors que des gants entraînent précisément chaleur et transpiration. A cela s'ajoute que, comme le relevait le Dr P. _____, le caoutchouc constitue un des facteurs allergènes.

bbb) La méthode consistant à se fonder sur des DPT ayant pour vocation de se trouver au plus proche des atteintes à la santé et des limitations concrètes de l'assuré rencontre ici un écueil a priori évident

dans les activités manuelles proposées. Partant, tel que fondé sur les DPT sélectionnées, le revenu d'invalidé ne saurait être confirmé. Il reviendra donc à l'intimée, soit de procéder à un choix plus précis et dûment motivé d'activités compatibles avec la maladie professionnelle, soit de renoncer à cette méthode en optant pour une approche théorique fondée sur l'ESS, laquelle pourrait en l'occurrence s'avérer plus adéquate. La cause est donc renvoyée sur ce point à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision, étant précisé que l'intimée dispose de toute latitude quant au choix de la méthode d'évaluation la plus appropriée.

ccc) S'agissant du revenu sans invalidité, le recourant fait grief à l'intimée d'avoir sous-évalué le gain réalisable sans l'accident. Quand bien même la CNA lui a fourni des explications à ce propos dans son courrier du 2 février 2018, force est de constater qu'elles ne répondent pas à l'ensemble des objections soulevées par le recourant. En effet, l'administration ne s'est pas prononcée sur la période temporelle retenue pour le calcul du gain de valide (2010 à 2014) alors même que le recourant l'avait expressément invitée à se déterminer au sujet des revenus des années 2010 à 2012 (cf. courrier du 15 mars 2018). Dans ces conditions, il se justifie de renvoyer, sur ce point également, la cause à l'intimée afin qu'elle précise sa démarche et procède à un nouveau calcul du revenu sans invalidité, notamment au regard de l'évaluation différente retenue par l'office AI à l'appui de sa décision du 20 novembre 2018.

c) Sur le vu de ce qui précède, il s'avère que le dossier de l'intimée est insuffisamment instruit s'agissant de l'évaluation de la perte de gain, respectivement du degré d'invalidité. Les pièces au dossier ne permettent pas au tribunal de trancher ces questions en toute connaissance de cause. Il se justifie donc de renvoyer le dossier à l'intimée, à qui il appartient au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 LPG), afin qu'elle procède à une nouvelle évaluation de la perte de gain subie par le recourant, autrement dit effectue un nouveau calcul des revenus avec et sans invalidité. Il incombera ensuite à l'intimée de rendre une nouvelle décision statuant sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, étant rappelé que le renvoi n'inclut pas le réexamen de la

capacité de travail et de l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (cf. considérants 4 et 5a/bb ci-dessus).

6. En définitive, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition du 15 mars 2018 annulée en tant qu'elle porte sur la perte de gain subie par le recourant, respectivement son degré d'invalidité. A cet égard, la cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire sous la forme d'un nouveau calcul des revenus avec et sans invalidité conformément aux considérants, suivie d'une nouvelle décision sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. La décision entreprise est confirmée pour le surplus.

7. a) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA).

b) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

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

I. Le recours est partiellement admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 15 mars 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée en tant qu'elle porte sur la perte de gain subie par le recourant, respectivement son degré d'invalidité. A cet égard, la cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire sous la forme d'un nouveau calcul des revenus avec et sans invalidité conformément aux considérants, suivie d'une nouvelle décision sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. La décision entreprise est confirmée pour le surplus.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à B. _____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Nordmann, avocat (pour B. _____),
- 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).

Le greffier :