

CONSEIL SUPERIEUR DE LA SECURITE SOCIALE

Audience publique du neuf mars deux mille dix-sept

Composition:

M. Pierre Calmes, président de chambre à la Cour d'appel,	président
Mme Carine Flammang, conseiller à la Cour d'appel,	assesseur-magistrat
Mme Michèle Raus, conseiller à la Cour d'appel,	assesseur-magistrat
M. Gilles Cabos, conseiller juridique, Luxembourg,	assesseur-employeur
M. Jean-Claude Delleré, délégué permanent, Lannen,	assesseur-assuré
Mme Iris Klaren,	secrétaire



ENTRE:

X, né le [...], demeurant à [...],
appellant,
comparant par Madame Sabrina Pereira, secrétaire syndical, demeurant à Pétange, mandataire
de l'appelant suivant procuration spéciale sous seing privé en date du 7 février 2017;

ET:

l'Association d'assurance accident, établie à Luxembourg,
représentée par le président de son comité-directeur actuellement en fonction,
intimée,
comparant par Madame Christina Bach, attaché stagiaire, demeurant à Luxembourg.

Par requête entrée au secrétariat du Conseil supérieur de la sécurité sociale le 21 décembre 2015, X a relevé appel d'un jugement rendu par le Conseil arbitral de la sécurité sociale le 16 novembre 2015, dans la cause pendante entre lui et l'Association d'assurance accident, et dont le dispositif est conçu comme suit: Par ces motifs, le Conseil arbitral, statuant contradictoirement et en premier ressort, déclare irrecevable la demande subsidiaire tendant à l'institution d'une nouvelle expertise médicale; déclare le recours non fondé et confirme la décision entreprise.

Les parties furent convoquées pour l'audience publique du 9 février 2017, à laquelle le rapporteur désigné, Madame Carine Flammang, fit l'exposé de l'affaire.

Madame Sabrina Pereira, pour l'appelant, conclut en ordre principal à la réformation du jugement du Conseil arbitral du 16 novembre 2015; en ordre subsidiaire, elle conclut à l'institution d'une expertise médicale.

Madame Christina Bach, pour l'intimée, conclut à la confirmation du jugement du Conseil arbitral du 16 novembre 2015 et s'opposa à l'institution d'une expertise médicale.

Après prise en délibéré de l'affaire le Conseil supérieur rendit à l'audience publique de ce jour, à laquelle le prononcé avait été fixé, l'arrêt qui suit:

Ayant été salarié (ajusteur) auprès de Arcelor Mittal Rodange de 1972 à 1999, X a été régulièrement exposé à de l'amiante et au titre des plaques pleurales calcifiées constatées, une maladie professionnelle déclarée par le docteur Denis BRAUN, pneumologue, sous le numéro 4103, a été reconnue et prise en charge par l'Association d'assurance accident (AAA), sur base d'un rapport d'expertise dressé le 26 mai 2014 par le docteur Robert MULLER, médecin spécialisé en pneumologie.

Suivant décision du 27 novembre 2014, le comité directeur de l'AAA a, par confirmation de la décision présidentielle du 23 juillet 2014, refusé la demande de X tendant à l'obtention d'indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux, au motif que suivant avis du médecin-conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) du 27 juin 2014, l'assuré n'est pas atteint d'une incapacité de travail partielle permanente (IPP) en relation avec sa maladie professionnelle.

Saisi du recours dirigé par X contre cette décision, le Conseil arbitral de la sécurité sociale a, suivant jugement du 20 mai 2015 ordonné une expertise en nommant à cet effet le docteur Marc SCHLESSER, médecin spécialiste en pneumologie, afin de se prononcer sur la question de savoir si l'assuré est atteint d'un déficit fonctionnel respiratoire suffisamment caractérisé imputable aux suites de la maladie professionnelle reconnue au titre du numéro 4103 du tableau des maladies professionnelles et pouvant donner lieu à une réduction partielle de la capacité ouvrière, et, en cas de réduction partielle de la capacité ouvrière imputable aux suites de la maladie professionnelle reconnue, sur le degré de l'incapacité partielle permanente dont est affecté l'assuré en relation avec les suites de la maladie professionnelle.

Dans son rapport d'expertise du 7 juillet 2015, le docteur Marc SCHLESSER a retenu que l'assuré est atteint d'une asbestose pleurale en relation avec une exposition professionnelle à l'amiante, qu'il y a absence de répercussions fonctionnelles respiratoires, qu'il n'existe pas d'argument en faveur d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive ou en faveur d'une

maladie asthmatique et que l'assuré n'est pas atteint d'un déficit fonctionnel respiratoire suffisamment caractérisé imputable aux suites de la maladie professionnelle reconnue et pouvant donner lieu à une réduction partielle de la capacité ouvrière.

Par jugement du 16 novembre 2015, le Conseil arbitral de la sécurité sociale, a déclaré irrecevable la demande subsidiaire tendant à l'institution d'une nouvelle expertise médicale, déclaré le recours non fondé en confirmant partant la décision entreprise.

Pour statuer ainsi, les premiers juges ont renvoyé aux dispositions du règlement grand-ducal du 27 mars 1986 portant modification de l'arrêté grand-ducal du 30 juillet 1928 concernant l'extension de l'assurance obligatoire contre les accidents aux maladies professionnelles, ainsi qu'aux articles 97, alinéa 2, 102, 118 à 120, du code de la sécurité sociale.

Ils ont dit qu'en l'absence de considérations médicales motivées nouvelles susceptibles de contredire les conclusions claires et cohérentes de l'expert judiciaire il y avait lieu de les entériner et de rejeter la demande en institution d'une nouvelle expertise médicale.

De ce jugement, appel a été régulièrement relevé par X suivant requête déposée le 21 décembre 2015 au secrétariat du Conseil supérieur de la sécurité sociale, l'appelant demandant par réformation de la décision entreprise à voir dire qu'il « a droit à une incapacité partielle permanente de 5% », ce compte tenu du rapport d'expertise dressé en date du 26 mai 2014 par le docteur Robert MULLER dans le cadre de la procédure relative à la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie dont il est affecté.

L'AAA conclut à voir confirmer le jugement entrepris et s'oppose, en présence des conclusions claires du docteur Marc SCHLESSER, non contredites par des considérations médicales motivées, à l'institution d'une nouvelle expertise.

Nonobstant les termes de son appel, il est manifeste que l'appelant demande implicitement mais nécessairement à se voir accorder l'octroi d'indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux, étant souligné que le succès d'une telle demande dépend de la condition indispensable de l'existence d'une incapacité permanente totale ou partielle.

Il se dégage du rapport d'expertise dressé le 26 mai 2014 par le docteur Robert MULLER que par le fait de présenter une discrète asbestose pleurale sans retentissement fonctionnel respiratoire, « l'assuré est atteint d'une incapacité de travail partielle permanente par suite de la maladie professionnelle de 5% d'après le barème médical applicable à l'assurance accident ».

Il convient dès lors de déterminer si la conclusion du docteur Marc SCHLESSER se trouve ou non en contradiction avec celle retenue par le docteur Robert MULLER, l'appréciation de cette question se faisant au regard du barème médical applicable à l'assurance tel que défini par le règlement grand-ducal du 10 juin 2013, ainsi que son annexe.

Au chapitre introductif du barème médical, le point 2.1, « Incapacité permanente » dispose que « *Les missions d'expertise invitent les médecins-experts à décrire les actes, gestes et mouvements rendus difficiles ou impossibles, définissant ainsi clairement l'incapacité permanente, comme une incapacité fonctionnelle, la distinguant clairement du retentissement professionnel, pour lequel il est demandé une description minutieuse. L'objectif essentiel du barème est un consensus autour de cette évaluation du taux d'incapacité. Le caractère arbitraire de cette démarche ne doit pas être sous-estimé, mais n'apparaît pas comme un obstacle*

majeur: les taux retenus, notamment pour les grands tableaux séquellaires homogènes, ne correspondent sans doute pas à une logique médicale de la capacité fonctionnelle, mais s'intègrent dans une hiérarchie qui va de l'intégrité physique complète (incapacité nulle) à la mort (incapacité on ne peut plus totale et permanente). Les barèmes sont prévus pour une utilisation de bonne foi, à la recherche d'une évaluation équitable ».

Le chapitre 4 du barème médical, relatif à la « Fonction cardio-respiratoire », énonce :

- en son point 2, « Perte de la fonction » que *« au plan lésionnel, séquellaire, l'appréciation d'un déficit fonctionnel de la fonction cardio-respiratoire ne peut dépasser 70%, toute incapacité d'importance supérieure résultant de déficits fonctionnels indépendants et associés, neurologiques ou périphérique »,*
- en son point 3, « Critères d'appréciation » que *« Les manifestations à prendre en compte pour l'évaluation de la fonction cardio-respiratoire comportent: la dyspnée, les douleurs thoraciques (ischémiques, viscérales ou pariétales), les palpitations, les syncopes... Comme toute évaluation fonctionnelle, c'est l'étude de la tolérance à l'effort qui amène à distinguer plusieurs classes fonctionnelles selon les manifestations cliniques rapportées par le blessé, lesquelles peuvent être appréciées selon deux grands schémas selon les symptômes considérés »,*
- en son point 4 « Éléments d'orientation » :

jusqu'à 10% : « Peu ou pas de limitation fonctionnelle, dyspnée stade I, EFR normales, séquelles douloureuses, séquelles pleurales ou diaphragmatiques. Rééducation respiratoire et suivi thérapeutique ».

jusqu'à 5%: « Pas de limitation fonctionnelle pour la vie courante. Contrainte thérapeutique et surveillance modestes (monothérapie). Pas de contre-indication fonctionnelle notable. Dyspnée de stade I sans troubles aux explorations fonctionnelles respiratoires . . . »,

5 à 10% : « Allégations fonctionnelles modérées sans anomalie aux examens paracliniques. Pas d'altération de la fonction myocardique, bonne tolérance aux efforts, contrainte thérapeutique légère. Dyspnée de stade I et gazométrie sensiblement normale . . . ».

Il se dégage de ce qui précède que si l'asbestose pleurale dont X est affecté peut, le cas échéant, engendrer une incapacité permanente jusqu'à 10%, l'appréciation d'une IPP éventuelle liée à cette affection se fait in concreto, au vu de l'état de santé de chaque assuré, pris individuellement.

C'est ce qu'a fait le docteur Marc SCHLESSER dans son rapport d'expertise du 7 juillet 2015, étant souligné que les conclusions de l'expert ont été prises à la suite d'une analyse du dossier (déclaration médicale de la maladie professionnelle et expertise médicale du docteur Robert MULER), d'un examen clinique et d'examen complémentaires, l'expert ayant retenu que X présente donc :

- asbestose pleurale en relation avec une exposition professionnelle à l'amiante ; en l'absence de répercussions fonctionnelles respiratoires, un suivi reste indiqué,
- bronchites aiguës récidivantes sans argument d'une bronchopneumopathie chronique obstructive, ni bronchite chronique, ni des bronchectasies. Exclure une maladie asthmatique,
- insuffisance respiratoire hypoxémique discrète probablement attribuable à l'obésité,
- obésité morbide,
- cardiopathie probable avec insuffisance mitrale, bilan à faire,
- hypertension artérielle,
- diabète type 2.

C'est sur base des précédents constats que le docteur Marc SCHLESSER en est arrivé à la conclusion, telle que décrite ci-avant.

Compte tenu de ce qui précède, la contradiction entre, d'une part, la conclusion du docteur Robert MULLER, qui a simplement conclu à une incapacité de travail partielle permanente dans le chef de X sur base du barème, sans autre indication médicale à l'appui, et, d'autre part, celle du docteur Marc SCHLESSER, qui suite aux examens ci-avant décrits, a retenu que « il y a absence de répercussions fonctionnelles respiratoires, qu'il n'existe pas d'argument en faveur d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive ou en faveur d'une maladie asthmatique et que l'assuré n'est pas atteint d'un déficit fonctionnel respiratoire suffisamment caractérisé imputable aux suites de la maladie professionnelle reconnue et pouvant donner lieu à une réduction partielle de la capacité ouvrière », n'est qu'apparente et ne saurait porter à conséquence dans le cadre de la présente instance.

Sans qu'il n'y ait lieu de procéder à une expertise complémentaire, l'ensemble des considérations qui précèdent amènent le Conseil supérieur de la sécurité sociale à retenir qu'une incapacité partielle permanente du chef de la maladie professionnelle dont X est affecté n'est pas donnée, de sorte que celui-ci n'a pas droit à l'allocation d'indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux.

C'est dès lors pour de justes motifs que les premiers juges ont débouté X de son recours.

L'appel n'est pas fondé, le jugement entrepris étant à confirmer.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur de la sécurité sociale,

statuant contradictoirement, sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué,

reçoit l'appel en la forme,

dit qu'il n'y a pas lieu de procéder à l'institution d'une expertise médicale,

dit l'appel non fondé,

partant, confirme le jugement entrepris.

La lecture du présent arrêt a été faite à l'audience publique du 9 mars 2017 par Monsieur le Président Pierre Calmes, en présence de Madame Iris Klaren, secrétaire.

Le Président,
signé: Calmes

Le Secrétaire,
signé: Klaren