

## **VD\_GERICHTE ZA12.044276 vom 21. Januar 2016**

VD Tribunal cantonal, 2016-01-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA12.044276](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA12.044276)

FR: VD\_GERICHTE ZA12.044276 du 21 janvier 2016

IT: VD\_GERICHTE ZA12.044276 del 21 gennaio 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 30**

septembre 2015, que la détermination du Dr L. \_\_\_\_\_ ne permettait pas de qualifier l'activité professionnelle de cause exclusive ou nettement prépondérante aux crises observées dans le cas du recourant. Elle a derechef persisté dans ses précédentes conclusions. Le recourant a pour sa part renoncé à déposer des remarques complémentaires le 22 octobre 2015, de sorte que la cause a été gardée à juger. **E n d r o i t :** 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

- 22 - b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA- VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours contre la décision sur opposition du 1er octobre 2012 a été interjeté devant le tribunal compétent en temps utile en date du 1er novembre 2012. Il respecte par ailleurs les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimée à compter du 1er mars 2012. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

- 23 - Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.). b) In casu, par sa décision sur opposition du 1er octobre 2012, la CNA a maintenu sa décision du 1er mai 2012, soit son refus de prise en charge des suites des crises dyspnéiques affectant l'assuré à compter du 1er mars 2012, le renvoyant à cet égard à son assurance contre la maladie. Elle a considéré que ces crises, observées depuis fin 2011, n'avaient pas été causées de manière exclusive ou nettement prépondérante par la maladie professionnelle – soit une hyperréactivité bronchique se manifestant par un asthme, consécutive à des travaux impliquant une exposition aux isocyanates – précédemment reconnue par décision d'inaptitude du 4 octobre 2010. On rappellera que dans ce contexte, l'intimée a alloué à l'assuré une indemnité journalière de transition du 1er décembre 2010 au

### **E. 31**

mars 2011, ainsi qu'une indemnité pour changement d'occupation du 1er avril 2011 au 31 mars 2012, renouvelée du 1er avril 2012 au 31 mars 2013 (cf. décisions des 9 novembre 2010 et 3 juillet 2012). Elle a par ailleurs assumé les frais de traitement engendrés par l'asthme professionnel jusqu'au 1er mars 2012. De son côté, l'assuré estime que les crises dyspnéiques survenues dès fin 2011 sont des conséquences directes de sa longue exposition aux isocyanates et qu'en dépit d'un contexte professionnel

- 24 - sans irritants depuis juillet 2009, son état de santé pulmonaire s'est dégradé de manière irréversible. Les crises dyspnéiques en question seraient engendrées exclusivement par sa maladie professionnelle, de sorte que la CNA serait obligée de poursuivre sa prise en charge au-delà du 1er mars 2012. Il s'appuie à cet égard sur les rapports de ses médecins traitants, notamment les Drs E. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_, ainsi que sur le rapport de sortie de l'Hôpital N. \_\_\_\_\_ et l'expertise privée réalisée par le Dr L. \_\_\_\_\_. Il allègue qu'en l'absence de tout problème de santé antérieur à son activité au sein du Garage F. \_\_\_\_\_, la maladie professionnelle découlant de celle-ci ne peut qu'être responsable de ses soucis pulmonaires, y inclus dès fin 2011, respectivement mars 2012. Le recourant conclut en définitive préalablement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire en vue de clarifier sa situation et principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ou de « toutes autres prestations » entrant en ligne de compte dans son cas. A titre subsidiaire, il propose le renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire sur le plan médical avant nouvelle décision. c) Au vu de l'ensemble des griefs soulevés, il s'agira en premier lieu de déterminer si les pièces médicales à disposition permettent de se prononcer à satisfaction sur l'existence d'un lien de causalité exclusive ou prépondérante entre la maladie professionnelle reconnue auprès de l'assuré et les crises l'affectant à compter du 1er mars 2012. Cas échéant, pour autant que ce lien de causalité puisse être admis, il conviendra en second lieu d'examiner les prestations entrant en ligne de compte in casu, quand bien même on peut se demander si la question du droit à la rente revendiquée par l'assuré n'excède pas l'objet du litige, vu la teneur de la décision sur opposition entreprise.

- 25 - 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). b) L'art. 9 al. 1 LAA stipule que sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPG) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent. L'art. 14 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) souligne que les substances nocives et les maladies dues à certains travaux sont énumérées à l'annexe 1, laquelle mentionne à son al. 1 les « isocyanates » au titre de substances nocives au sens de l'art. 9 al. 1 LAA. c) Aux termes de l'art. 9 al. 2 LAA, sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle. Cette clause – dite générale – répond au besoin de combler d'éventuelles lacunes qui subsisteraient dans la liste que le Conseil fédéral a été chargé d'établir selon l'art. 9 al. 1 LAA (ATF 116 V 136 consid. 5a et les références). d) Sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée. Une maladie professionnelle est réputée déclarée dès que la personne

- 26 - atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler (art. 9 al. 3 LAA). 4. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C\_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C\_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C\_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références). Le seul fait que des symptômes ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (non-application du raisonnement «post hoc ergo propter hoc» ;

- 27 - ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_42/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec

d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 349/05 du 21 août 2006). b) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance- accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1). c) S'agissant spécifiquement des cas de maladie professionnelle, la reconnaissance d'une telle affection suppose un lien de causalité qualifié entre l'influence de l'agent nocif et la maladie. Il ne suffit pas que l'agent nocif soit une cause parmi d'autres de la maladie. Il doit participer plus que toutes les autres causes concurrentes à la survenance de celle-ci. Il est en outre nécessaire que l'exposition se produise

- 28 - exclusivement ou de façon prépondérante pendant le travail dans une entreprise assujettie (cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SVBR], Vol. XIV, 2ème édition 2007, p. 825 – 1040, n. 107 et références citées). L'art. 9 al. 1 LAA impose un lien de causalité exclusif ou prépondérant entre la maladie et les substances nocives ou les travaux considérés. Le caractère prépondérant dudit lien est réalisé lorsque la maladie est due pour plus de 50% à l'action de la substance nocive ou à l'un des travaux (ATF 119 V 200 consid. 2a ; RAMA 1988 n° U 61 p.450 consid. 1b ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 111). Le caractère exclusif requiert par ailleurs une influence de près de 100% de la substance nocive ou des travaux en question sur la survenance de la maladie (ATF 119 V 200 consid. 2a ; 117 V 354 consid. 2a). L'art. 9 al. 2 LAA pose quant à lui l'exigence d'un lien exclusif ou nettement prépondérant entre la maladie et le contact avec des substances nocives ou l'exécution de certains travaux dans le cadre de l'activité professionnelle. Selon la jurisprudence, cette condition n'est réalisée que si la maladie a été causée à 75% au moins par l'exercice de l'activité professionnelle. Cela signifie, pour certaines affections qui ne sont pas typiques d'une profession déterminée, que les cas d'atteinte pour un groupe professionnel particulier doivent être quatre fois plus nombreux que compte la population en général (ATF 119 V 200 consid. 2b ; 116 V 136 consid. 5c ; TF 8C\_165/2007 du 5 mars 2008 consid. 3). La question de savoir si l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante est remplie – question relevant d'abord de la preuve dans un cas concret – doit être appréciée au vu de données épidémiologiques médicalement reconnues. S'il apparaît comme un fait

- 29 - démontré par la science médicale qu'en raison de la nature d'une affection particulière, il n'est pas possible de prouver que celle-ci est due à l'exercice d'une activité

professionnelle, la preuve de la causalité qualifiée, dans un cas concret, ne peut pas non plus être apportée. En revanche, si les connaissances médicales générales sont compatibles avec l'exigence légale d'une relation de causalité nettement prépondérante, voire exclusive entre une affection et une activité professionnelle déterminée, subsiste alors un champ pour des investigations complémentaires en vue d'établir, dans le cas particulier, l'existence de cette causalité qualifiée (RJB 1996 p. 489 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 113).

Lorsqu'une maladie professionnelle a été reconnue du fait de la réalisation du lien exclusif ou nettement prépondérant décrit ci-dessus, l'assureur doit en assumer l'ensemble des conséquences, pour autant que celles-ci soient en lien de causalité adéquate avec la maladie professionnelle (ATFA 1959 p.8 ; cf. Alexandra Rumo-Jungo, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zürich/Bâle/Genève, 3ème édition, n. ad art. 9 al. 2 LAA). 5. a)

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte

- 30 - médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007

- 31 - consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée). 6. Doit tout d'abord être examiné le point de savoir si les pièces médicales à disposition de la Cour de céans permettent de trancher le présent litige ou s'il y a lieu – comme le requiert le recourant – de procéder à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire ou de renvoyer la cause à l'assureur intimé. In casu, le recourant a fait l'objet de plusieurs évaluations de son état de santé respiratoire, réalisées par différents spécialistes de ce registre.

- 32 - Il a notamment fait l'objet d'investigations de la part des Drs A. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ et été suivi par le Dr K. \_\_\_\_\_, avant d'être hospitalisé aux fins d'examen au sein de l'Hôpital N. \_\_\_\_\_ et expertisé par le Dr L. \_\_\_\_\_. Au demeurant, les rapports établis respectivement par ces médecins, étayés par des examens cliniques en vue de déterminer les diagnostics pertinents, sont convergents à cet égard, avec savoir que l'assuré souffre pour l'essentiel d'un « asthme bronchique avec composantes professionnelles », de « bronchectasies devenues asymptomatiques », d'un « syndrome d'hyperventilation chronique », d'un « syndrome d'apnées du sommeil » et d'un « reflux gastro-œsophagien ». Quant à la « dyspnée paroxystique » se manifestant par des crises objectivées dès fin 2011, tant le Dr L. \_\_\_\_\_ que le Dr C. \_\_\_\_\_ se sont exprimés sur cette question et sa relation vraisemblable avec le syndrome d'hyperventilation. En outre, le rapport de sortie de l'Hôpital N. \_\_\_\_\_ est venu corroborer cette observation, sans que des examens complémentaires n'apparaissent nécessaires pour se prononcer à cet égard sous l'angle de l'art. 9 LAA. Par ailleurs, on relèvera, à l'instar des parties, que le rapport d'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_ du 11 juillet 2013 et ses compléments des 15 janvier 2014 et 26 août 2015 remplissent les réquisits jurisprudentiels rappelés supra sous considérant 5a pour se voir accorder pleine valeur probante. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a en effet procédé à des examens cliniques du recourant, non sans disposer des principales pièces de son dossier asséculogique. Il a fait part de ses conclusions à l'issue d'explications détaillées des diagnostics retenus, tout en fournissant les informations utiles sur le contexte médical. Vu le dossier produit par l'intimée, l'OAI et le rapport d'expertise diligenté pour le compte de l'assuré, on ne voit pas qu'un

- 33 - complément d'instruction sur le plan médical se justifie en l'espèce et soit susceptible d'apporter un éclairage nouveau ou différent des éléments de fait déterminants pour la solution du litige. Dès lors, une appréciation anticipée des preuves permet manifestement

d'écarter la requête préalable du recourant en vue d'un tel complément et de rejeter sa conclusion subsidiaire tendant au renvoi de la cause à cette fin à la CNA. 7. Il convient à ce stade de déterminer si les « crises dyspnéiques » affectant le recourant depuis fin 2011 sont en lien de causalité adéquate avec la maladie professionnelle reconnue par la CNA – soit un asthme dû à une exposition aux isocyanates – en vertu de l'art. 9 al. 1 LAA par décision du 4 octobre 2010. Ainsi qu'il a été rappelé sous considérant 3c supra, la prise en charge des suites d'une maladie professionnelle – une fois reconnue – reste en effet néanmoins conditionnée par la réalisation d'un lien de causalité entre cette maladie et la symptomatologie présentée. a) Le recourant se prévaut principalement du fait qu'il ne présentait aucun problème respiratoire connu avant d'avoir été exposé aux isocyanates sans protection. Son appareil respiratoire aurait toutefois été atteint de manière durable, voire définitive. Il y aurait donc clairement à son avis un rapport de causalité entre l'exposition à ces produits et les troubles dont il souffre à ce jour, faute d'autre explication quant à leur origine. Cet argument n'est pas suffisant pour emporter la conviction. En se bornant à invoquer le fait qu'il ne souffrait d'aucune affection de nature respiratoire avant son activité professionnelle au Garage F.\_\_\_\_\_, le recourant procède typiquement d'un raisonnement « post hoc ergo propter hoc », insuffisant à démontrer un lien de causalité.

- 34 - Il en va de même lorsqu'en analysant le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 11 juillet 2013, il considère qu'il y a bien un « avant » et un « après » s'agissant de son état de santé du fait de son exposition aux isocyanates. Comme on l'a rappelé sous considérant 4a plus haut, le seul fait que des symptômes ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ou, en l'espèce d'une maladie professionnelle, ne suffit pas à établir un rapport de causalité. b) Il apparaît d'ailleurs que les différents spécialistes ayant examiné le recourant, dont le Dr L.\_\_\_\_\_, convergent pour considérer que les crises présentées par l'assuré sont très vraisemblablement causées par le syndrome d'hyperventilation ou constituent des bronchospasmes sans lien avec l'exposition aux isocyanates (cf. rapport du Dr K.\_\_\_\_\_ du 22 décembre 2011, appréciation du Dr C.\_\_\_\_\_ du 27 avril 2012 et rapport d'expertise du 11 juillet 2013 du Dr L.\_\_\_\_\_, p. 3). Il apparaît en conséquence que l'on peut suivre l'intimée en ce qu'elle a considéré que les crises dyspnéiques présentées par l'assuré ne découlaient pas de l'asthme professionnel. 8. Sous l'angle de l'art. 9 al. 2 LAA, il s'agit de déterminer si les crises dyspnéiques présentées par l'assuré depuis 2011 sont causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'activité professionnelle. A cet égard, il résulte de l'ensemble des documents médicaux au dossier, qui ne présentent pas de contradictions sur ce point, qu'au niveau de la vraisemblance prépondérante, un tel lien de causalité qualifiée n'est pas avéré. Dans un premier temps, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation médicale du Dr C.\_\_\_\_\_ du 27 avril 2012, lequel relevait

- 35 - que le recourant avait déjà présenté des symptômes comparables par le passé, qui correspondent au syndrome d'hyperventilation chronique diagnostiqué par le Dr K.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 22 décembre 2011, ce spécialiste, qui avait examiné l'assuré peu après un précédent épisode de dyspnée paroxystique, avait observé que l'anamnèse était « hautement suggestive pour des crises d'hyperventilation dans un contexte de syndrome d'hyperventilation chronique », et de fait, sans quelconque lien de causalité avec l'exposition aux isocyanates. Dès lors que les dernières crises dyspnéiques, dont celles ayant conduit le recourant à revendiquer des prestations LAA, avaient eu lieu sans exposition à des irritants respiratoires, le Dr C.\_\_\_\_\_ arrivait à la conclusion que les crises respiratoires étaient certes réelles, mais « provoquées par l'hyperventilation

chronique chez un patient particulièrement sensible et anxieux. » Pendant la procédure d'opposition devant l'intimée, le recourant a séjourné du 23 juillet au 4 août 2012 à l'Hôpital N.\_\_\_\_\_. Le rapport de sortie du 3 septembre 2012 ne se prononce pas sur le lien de causalité entre les affections dont souffre le recourant et l'exposition aux isocyanates. Il en résulte néanmoins que les médecins ont suspecté des facteurs aggravants l'asthme soit un reflux gastro-œsophagien et un tabagisme (3 – 5 cigarettes par jour). Ils ont par ailleurs fait mention de fonctions pulmonaires « dans la norme » en dépit d'une « réversibilité variable après Ventolin ». Au stade de la réplique déposée auprès de la Cour de céans, le recourant a produit le rapport du 11 juillet 2013 du Dr L.\_\_\_\_\_. Contrairement à ce qu'expose le recourant, les conclusions de ce médecin sont largement superposables à celles de ses confrères en ce qui concerne la question litigieuse. Ce médecin relève en effet que « les troubles respiratoires encore présents et qui pourraient être liés à l'exposition aux peintures de carrosserie qu'il a subie sont : des bronchectasies bilatérales et une

- 36 - hyperréactivité bronchique persistante. Toutefois, ces possibles séquelles de son exposition ne paraissent pas très symptomatiques ». S'agissant des épisodes de dyspnée paroxystique, le Dr L.\_\_\_\_\_ retient qu'ils ne sont pas en lien direct avec l'ancienne exposition aux toxiques (p. 3). Enfin, en ce qui concerne les plaintes respiratoires rapportées par le recourant, le Dr L.\_\_\_\_\_ estime qu'elles ne sont « probablement pas en rapport avec les bronchectasies ni avec l'exposition aux peintures de carrosserie subie mais plutôt avec un syndrome d'hyperventilation chronique et un état anxieux. Ces derniers ne sont pas directement liés à l'exposition à des toxiques respiratoires ». Le Dr L.\_\_\_\_\_ retient consécutivement que la causalité est « probable » s'agissant des bronchectasies bilatérales et de l'hyperréactivité bronchique et « improbable » pour les autres diagnostics. Les constatations du Dr L.\_\_\_\_\_ sont donc également de nature à infirmer l'existence d'un lien de causalité entre l'exposition aux isocyanates et les affections dont souffre le recourant depuis courant 2011. Le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ a au surplus été soumis au Dr C.\_\_\_\_\_, qui a relevé que l'expertise détaillée et « bien conduite » de son confrère n'était pas en contradiction fondamentale avec ses conclusions. Ce médecin a notamment observé que l'asthme professionnel n'avait pu être démontré, que les bronchectasies étaient discrètes et limitées, tandis que l'hyperventilation ainsi que le reflux gastro-œsophagien pouvant aggraver l'hyperréactivité bronchique n'étaient pas en lien avec l'exposition aux isocyanates. Dans son complément du 15 janvier 2014 adressé au conseil du recourant, le Dr L.\_\_\_\_\_ indique que « le syndrome d'hyperventilation n'a pas été causé directement par l'exposition aux isocyanates mais paraît bien secondaire aux conséquences que cette exposition a occasionnées chez une personne particulièrement anxieuse ». Cette constatation, faite à la suite de l'appréciation médicale du Dr C.\_\_\_\_\_, ne permet pas non plus de conclure, au degré de la

- 37 - vraisemblance prépondérante, à l'existence d'un lien de causalité exclusif ou prépondérant entre l'exposition aux isocyanates et les affections dont souffre le recourant. Le fait que le Dr L.\_\_\_\_\_ lui-même expose qu'il y avait un terrain favorable – l'anxiété du recourant – ainsi que l'utilisation du terme de « secondaire » permettent en tous les cas d'exclure la responsabilité de l'activité professionnelle quant à la survenance de la maladie. Quant aux crises d'asthme, le Dr L.\_\_\_\_\_ relève qu'il n'est pas possible d'infirmer ou de confirmer un tel diagnostic en l'état. S'agissant du complément du Dr L.\_\_\_\_\_ du 26 août 2015, il ne se prononce plus directement sur la question litigieuse, mais principalement sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, litigieuse dans le cadre de

la procédure pendante devant la Cour de céans en matière d'assurance-invalidité (en la cause AI 196/14). On relèvera néanmoins que, selon ce médecin, le résultat sous-maximal du test de l'effort pratiqué sur le recourant est « très suggestif d'une hyperventilation », laquelle n'était, selon le précédent rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 11 juillet 2013, pas en lien direct avec l'exposition du recourant aux isocyanates. Enfin, les rapports médicaux versés au dossier constitué par l'OAI n'apportent aucun élément nouveau ou inconnu pertinent pour l'examen du lien de causalité qualifié ou adéquat. En l'absence de toute contradiction entre les différents rapports médicaux à disposition, d'autres hypothèses peuvent être écartées. Les conclusions des spécialistes consultés apparaissent largement convergentes quant à la question litigieuse. Elles ne permettent pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité entre l'exposition avérée aux isocyanates et les crises dyspnéiques présentées par le recourant.

- 38 - C'est ainsi à bon droit que l'intimée a refusé de servir ses prestations à compter du 1er mars 2012 des suites des crises dyspnéiques objectivées auprès de l'assuré depuis fin 2011. 9. En dernier lieu, on mettra à toutes fins utiles en exergue les dispositions ci-après s'agissant spécifiquement du droit à la rente revendiquée par le recourant dès le 1er mars 2012. 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. 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. En l'occurrence, on observera que la conclusion principale du recourant en vue de l'octroi d'une rente entière apparaît manifestement prématurée à la date de la décision sur opposition entreprise dans la mesure où ce dernier s'est vu octroyer par l'intimée une indemnité pour changement d'occupation dès le 1er avril 2012, renouvelée jusqu'au 31 mars 2013 (cf. décision de la CNA du 9 novembre 2010). On ne voit dès lors pas que l'examen du droit à la rente se serait justifié à ce stade, étant rappelé que l'indemnité pour changement d'occupation s'élève à 80% de la perte de salaire que subit le travailleur sur le marché du travail par suite de la décision d'inaptitude temporaire ou permanente (cf. art. 87 al. 1 OPA [ordonnance du 19 décembre 1983 sur la prévention des accidents et des maladies professionnelles ; RS 832.30]).

- 39 - 10. Vu l'exposé ci-avant, l'intimée était en définitive fondée à refuser de prendre en charge les conséquences financières des troubles présentés par le recourant dès le 1er mars 2012. Le recours, mal fondé, doit dès lors être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. a) La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice (cf. art. 61 let. a LPGA). b) Par ailleurs, le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens. Quoique l'intimée obtienne en revanche gain de cause, elle ne saurait prétendre des dépens de la part du recourant. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, sous réserve du cas où le demandeur a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (cf. art. 61 let. g LPGA ; ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas réalisé en l'espèce. En outre, la CNA, en sa qualité d'assureur social, dispose d'un service juridique interne susceptible de la représenter dans l'accomplissement de ses tâches de droit public (cf. ATF 134 V 340 consid. 7).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.