

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1128/2017

ATAS/284/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 avril 2018

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à REIGNIER, FRANCE

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN

intimée

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1973, a été engagé début mars 2015 par l'entreprise B_____ Sàrl (ci-après : l'employeur) en qualité de bijoutier polisseur. À ce titre, il était assuré auprès de la SUVA (ci-après : l'assureur ou l'intimée) pour les accidents professionnels, les accidents non professionnels ainsi que les maladies professionnelles.
2. Par courrier du 19 octobre 2015, l'assuré s'est adressé à l'office cantonal de l'inspection et des relations du travail (ci-après : OCIRT) en faisant savoir que son travail consistait notamment à effectuer de la dorure chimique et du rhodiage par électrolyse sur des bijoux. Il a précisé que pour la dorure, il était nécessaire d'utiliser un bain de dégraissage contenant de l'aurocyanure de potassium (1 g/l), de l'acide citrique (60 g/l) et du citrate tripotassique (120 g/l), mais aussi un bain de dorage contenant du cyanure double d'or et de potassium (1 g/l), du cyanure de potassium (2 g/l), du carbonate de potassium (12 g/l), de l'EDTA (éthylène diamine tétra-acétique) tétrasodique, du ferrocyanure de potassium (40 g/l) et du métabisulfite de sodium. S'agissant des bains de rhodiage, l'assuré a expliqué qu'ils étaient situés dans la mezzanine de l'atelier, à côté de son poste de travail. Il n'y avait aucun système de ventilation pour empêcher des inhalations très toxiques. Il n'y avait pas non plus de gants, de lunettes, ni de masque de protection lorsqu'il manipulait les bijoux pendant les différentes étapes de galvanisation. Au fil des mois, il avait commencé à ressentir de très fortes céphalées nuit et jour, des vertiges, une gêne respiratoire et un état de faiblesse.
3. Le 2 novembre 2015, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 31 décembre 2015 en précisant que ce licenciement était motivé pour des raisons économiques.
4. Par courrier du 9 novembre 2015, la doctoresse C_____, médecin inspecteur du travail auprès de l'OCIRT, s'est adressée à la doctoresse D_____, de la division médecine du travail de l'assureur, en lui faisant part d'une suspicion de maladie professionnelle. Lors d'un entretien qui s'était déroulé à l'OCIRT le 19 octobre 2015, l'assuré avait fait mention d'épisodes de céphalées d'intensité et durée inhabituelles, qui avaient débuté, semble-t-il, peu de temps après le début de son activité pour l'employeur. Il avait également évoqué des épisodes de gêne respiratoire pendant l'exercice de son activité. Au vu de la péjoration des céphalées, qui étaient également associées à des vertiges, son médecin traitant, le docteur E_____, médecin généraliste, lui avait délivré un certificat d'arrêt de travail remontant au 15 septembre 2015. À la suite de divers examens médicaux subis au Centre hospitalier alpes léman (CHAL), à Contamine-sur-Arve, qui avaient abouti à un bilan sans particularité et sans identification de la cause des symptômes, la doctoresse F_____, neurologue, avait demandé à l'assuré de prendre rendez-vous auprès du professeur G_____, chef de service du département de médecine et santé au travail du Centre hospitalier universitaire de Grenoble (CHU de Grenoble). L'assuré bénéficiait actuellement d'un traitement par AINS (anti-inflammatoires

non stéroïdiens ; Ibuprofène) et Amitryptiline (Laroxyl) et présentait toujours des épisodes de céphalées intenses et des vertiges.

Lors de l'entretien du 19 octobre 2015 à l'OCIRT, l'assuré avait expliqué à la Dresse C_____ les particularités de son environnement de travail et ils avaient discuté ensemble des différentes possibilités d'action. Aussi lui avait-elle indiqué qu'il lui paraissait judicieux d'éviter un retour au travail. Exercée dans ses conditions actuelles en effet, l'activité de bijoutier semblait avoir été à l'origine de la dégradation de son état de santé.

Le 20 octobre 2015, la Dresse C_____ s'était également entretenue au téléphone avec le Dr E_____. Celui-ci lui avait fait part du résultat du dosage urinaire de « l'indicateur d'exposition aux cyanure et HCN » (thiocyanate) qui était dans les limites supérieures des valeurs normales, malgré un arrêt de travail qui avait déjà duré trois semaines au moment du prélèvement urinaire. Ce médecin traitant lui avait ainsi expliqué qu'il estimait que l'intoxication au cyanure pouvait être à l'origine de l'atteinte à la santé de l'assuré et qu'il n'attribuait pas les symptômes observés à un traumatisme crânien survenu il y a une dizaine d'années (recte : vers l'âge de 10 ans), quand bien même cette atteinte antérieure était, aux dires du Dr E_____, à l'origine d'une discrète dilatation du système ventriculaire, mise en évidence par une IRM cérébrale du 6 octobre 2015.

Le 9 novembre 2015, la Dresse C_____ avait également eu une discussion avec le Prof. G_____. Ce spécialiste, qui avait reçu l'assuré le jour même en consultation, lui avait fait part de son hypothèse d'intoxication au cyanure.

5. Dans un rapport du 24 novembre 2015, le Prof. G_____ a indiqué que l'assuré présentait un bon état général, avec comme principaux antécédents une chirurgie cardiaque au troisième mois de vie et un coma d'une dizaine de jours consécutif à un accident de la voie publique à l'âge de dix ans, a priori sans aucune séquelle sur le plan neurologique. Selon ses dires, l'assuré ne fumait plus depuis mai et il avait stoppé sa consommation de tabac avant le début des symptômes. Décrivant l'examen clinique réalisé le 9 novembre 2015, le Prof. G_____ a qualifié celui-ci de « normal ». Évoquant les examens déjà réalisés, ce médecin a mentionné un examen neurologique sans particularités. L'IRM réalisée révélait seulement une « lésion en hyposignal sur T et un hypersignal FLAIR et T2 périventriculaire postérieur à droite », sans signe d'évolutivité, mis sur le compte du traumatisme crânien survenu il y a une dizaine d'années. L'EEG (électroencéphalogramme) était également normal. À la demande de son médecin traitant, qui suspectait une exposition toxique au cyanure d'hydrogène, le dosage des thiocyanates urinaires avait été fait le 12 octobre 2010 (recte : 2015) et était revenu à la limite de la normale à 9.9 mg/l. Malheureusement, l'assuré n'était pas revenu travailler le 16 septembre 2015. En l'état, des compléments d'investigation avaient toutefois révélé une tendance polyglobulique. En conclusion, compte tenu de la chronologie professionnelle, le Prof. G_____ a rapporté en premier lieu les SF (signes fonctionnels) à une intoxication aux dérivés cyanurés. Pour aller plus loin, il

convenait de réaliser des mesures d'exposition atmosphériques (via tubes Dräger) et biologiques (sous la forme de thiocyanates urinaires chez le deuxième employé). Au terme de ces investigations, il incomberait au médecin de la SUVA de statuer sur la reconnaissance d'une maladie professionnelle.

En parallèle se posait la question de l'origine de la polyglobulie. S'agissait-il d'une polyglobulie secondaire, consécutive à une intoxication chronique aux cyanures, générant une hypoxie périphérique (cas non classique) ou d'une polyglobulie primitive qui serait responsable elle-même, indépendamment des expositions professionnelles, de certains symptômes ? Pour en savoir plus, une consultation en hématologie était recommandée. Enfin, le Prof. G _____ a programmé une consultation destinée à la réalisation de tests psychomoteurs, afin de voir si un déficit était ou non objectivable sur ce plan.

6. Dans un rapport du 30 novembre 2015 adressé à Allianz Suisse, assureur perte de gain de l'employeur, le Dr E _____ a indiqué que le diagnostic retenu était une exposition professionnelle aux cyanures. L'affection s'était manifestée en avril 2015 avec l'apparition des premiers symptômes d'exposition à ces substances.
7. Par certificats des 14 décembre 2015 et 11 janvier 2016, le Dr E _____ a attesté que l'état de santé de l'assuré justifiait une prolongation d'arrêt de travail du 15 décembre 2015 au 14 janvier 2016, respectivement du 11 janvier au 14 février 2016 inclus.
8. Entendu le 14 janvier 2016 par l'assureur, l'assuré a précisé que le début de son suivi médical remontait à une consultation donnée par le Dr E _____ mi-septembre 2015.
9. Le 23 mars 2016, la Dresse D _____ a adressé à l'assureur le rapport qu'elle avait établi à la suite de sa visite des locaux de l'employeur le 7 décembre 2015. Trois personnes travaillaient dans l'entreprise, deux bijoutiers et un polisseur en la personne de l'assuré. La pièce où celui-ci travaillait était au 1^{er} étage. Les places de travail étaient exigües. Les postes de polissage étaient reliés à des aspirations et les filtres nettoyés une fois par semaine. Sur le palier supérieur de la pièce, deux machines étaient présentes et couvertes d'un tissu de protection. La première servait plusieurs fois par jour pour le rhodiage, la seconde était utilisée deux à trois fois par mois pour le dorage. Pour cette dernière tâche, la machine contenait trois bacs (bacs de dorage), avec des dosages différents selon les couleurs (or jaune, rose et rouge). Le 4^{ème} bac (3N) était stocké un peu plus loin. Tous ces bacs, d'une capacité maximale de 1.5 litre, étaient fermés et n'étaient pas entièrement remplis lors de la visite du 7 décembre 2015. Ils contenaient des produits nommés « Palet AC et 1N et 2N ». Dans ce cas, il y avait de l'aurocyanure de potassium à moins de 1 % et du sulfate de nickel à moins de 5 %. Le 3N contenait de l'aurocyanure de potassium dans le même pourcentage avec des sels de cobalt. Pour le rhodiage, il y avait un bain de dégraissage (sorte de savon), un bain de neutralisation contenant des sels acides solubles (chlorure de sodium et hydrogénosulfate de sodium). Pour le

rhodiage à proprement parler, étape correspondant au recouvrement d'un or jaune avec du rhodium par galvanoplastie pour obtenir de l'or blanc, on utilisait du « Met Treat 300 » en base acide. Le bain suivant était un bain de récupération du rhodiage, avec une phase de pré-rinçage ou d'électro-décapage. Enfin, le dernier bain contenait de l'eau distillée. Tous ces bains étaient utilisés à température ambiante. Des aspirations étaient prévues sur cette machine très ancienne, mais qui n'avaient plus lieu d'être, selon Monsieur B_____, associé gérant de l'entreprise, puisqu'il n'y avait plus de phase à chaud.

Dans l'appréciation du cas, la Dresse D_____ a mentionné qu'elle avait été interpellée en raison d'une suspicion d'intoxication au cyanure. Après inspection de l'atelier, elle s'était aperçue que des cyanures étaient bien présents dans les produits utilisés pour les bains de dorage, mais avec un très faible pourcentage. Cela représentait donc de petites quantités puisqu'elle avait pu constater l'utilisation de bacs d'une contenance maximale de 1.5 litre qui n'étaient pas complètement remplis et par ailleurs fermés. En outre, le dorage était une activité très rare selon l'employeur, essentiellement exécutée par le bijoutier et non pas par le polisseur. Cette phase de production était très brève puisqu'il s'agissait d'un flush, par opposition au rhodiage où les pièces à rhodier restaient dans les bacs assez longtemps pour permettre les réactions chimiques. Enfin, cette zone où se trouvaient les bains n'était pas un poste de travail à proprement parler. Les collaborateurs venaient placer les pièces dans les bains de rhodiage. Ce poste pouvait être également utilisé pour un contrôle rapide de pièces en raison d'une surface plate très bien éclairée. Mais l'activité essentielle du polisseur était dans la pièce du 1^{er} étage et non sur le palier supérieur. Tout ceci paraissait très discordant par rapport aux informations données par la Dresse C_____ dans son courrier du 9 novembre 2015. Ceci dit, il était clair qu'une amélioration était possible sur le plan de l'hygiène (présence de boissons, cafetières et aliments sur les postes de travail). Même si le standard technique actuel n'était pas atteint pour les activités examinées, il convenait d'avoir à l'esprit qu'il s'agissait d'une entreprise artisanale qui n'atteignait jamais de grosses quantités, ni pour les produits utilisés ni pour les pièces produites.

10. Dans un rapport d'entretien du 27 avril 2016, contresigné par l'assuré, la Dresse D_____ a noté que l'assuré faisait le travail de polisseur (feutrage, polissage, avivage), bijoutier (soudure au laser, réparation de bijoux, dorure, rhodiage), contrôleur (contrôle final des pièces, application de résines de protection, emballage dans des sachets avec code-barres pour gros clients). Ces activités étaient réparties à peu près également à raison d'un tiers du temps. Les conditions de travail étaient caractérisées par l'absence d'aspiration ou de ventilation des ateliers. Il y avait une fenêtre en bas des escaliers et dans la pièce du haut mais qui ne permettait pas le renouvellement de l'air sur le palier où se trouvaient les machines qui chauffaient (ultrasons, dorure, rhodiage et machine à vapeur). L'assuré ne préparait pas les bains de rhodiage et de dorage. Son patron s'en chargeait.

11. Dans un rapport d'examen du 27 avril 2016, la Dresse D_____ a retracé l'anamnèse de l'atteinte survenue mi-février (sic), soit une quinzaine de jours après l'arrivée de l'assuré dans l'entreprise. Les symptômes consistaient alors dans des « vertiges » que l'on pouvait retenir, selon la description de l'assuré, comme étant une instabilité lors des changements de position, avec une tendance à partir vers la gauche lorsqu'il se levait rapidement. S'y ajoutaient des céphalées importantes touchant l'hémicrâne droit. Ponctuelles au départ, ces dernières s'étaient aggravées progressivement au fil des mois, s'accompagnant d'une fatigue grandissante liée aux troubles du sommeil. En septembre 2015, il s'était endormi au volant et avait percuté un mur côté droit, sans autre conséquence que des dégâts matériels. L'assuré avait également noté des difficultés pour coordonner ses pas ; il devait réfléchir pour avancer « (en lien avec la fatigue extrême ou liées à d'autres problématiques ?) ». Suite à ces événements, il avait consulté son médecin traitant, le Dr E_____ et, après une crise de céphalées importantes, la Dresse F_____, qui l'avait hospitalisée pour la nuit au CHAL. Différents examens avaient été effectués dans cet établissement. À cet égard, la Dresse D_____ a mentionné que les résultats d'une IRM cérébrale avaient relevé quelques anomalies mises sur le compte d'un ancien traumatisme crânien. L'électroencéphalogramme était normal le 5 octobre 2015. Quant au dosage des thiocyanates urinaires du 12 octobre 2015, il était à la limite de la normale mais comme il avait été effectué un mois après l'arrêt de travail, ce résultat était difficilement interprétable. La Dresse D_____ a noté enfin qu'un bilan hématologique, effectué le 19 janvier 2016 pour une polyglobulie isolée (cf. rapport du Prof. G_____ du 24 novembre 2015) s'était révélé négatif.

Le jour de l'examen, la Dresse D_____ a noté qu'il persistait, aux dires de l'assuré, une instabilité lors de changements de position, mais surtout des céphalées. Évoquant les derniers examens effectués, l'assuré a fait mention de bilans ORL et cardiaque négatifs. Dans la discussion consécutive du cas, la Dresse D_____ a indiqué que lors de la visite du poste de travail effectuée en compagnie de l'ingénieur chimiste de l'assureur, ce collègue et elle avaient retenu que bien que les postes de travail étaient de conception artisanale, ils n'avaient pas relevé d'élément probant qui permettait d'évoquer une exposition problématique aux composés cyanurés (solution, gaz, solides). Par ailleurs, l'arrêt de travail de sept mois ne semblait pas avoir amélioré l'état de santé et les plaintes de l'assuré puisqu'aux dires de celui-ci, une instabilité persistait lors des changements de position. De plus, les céphalées étaient également présentes même si elles semblaient être gérées sous traitement. Ce dernier le handicapait toutefois dans sa vie quotidienne, à telle enseigne qu'il n'avait par exemple pas osé reprendre la pratique du vélo, en raison de ces symptômes. De fait, la Dresse D_____ relevait la crainte d'une forte (trop forte ?) médication antalgique exprimée par le Prof. G_____ dans son rapport du 24 novembre 2015. Seuls le goût et l'odorat semblaient être revenus. La Dresse D_____ a noté qu'elle n'avait pas effectué d'examen neurologique mais qu'elle n'avait pas constaté, à l'examen clinique, de

difficultés liées aux nombreux changements de position que l'assuré avait effectués lors de la consultation. Actuellement, celui-ci n'avait pas repris d'activité professionnelle. Il restait à la maison, faisait de l'informatique pour se remettre à niveau et s'occupait également de sa fille âgée de 4 ans. Selon la Dresse D_____, il y avait lieu de rappeler que pour retenir l'existence d'une maladie professionnelle au sens de la loi, il était nécessaire d'être en présence d'une atteinte à la santé et d'une exposition professionnelle, avec un lien de causalité au moins prépondérant entre les deux. En l'état, il était difficile de rendre des conclusions en l'absence d'un diagnostic clair et argumenté. La Dresse D_____ était toujours dans l'attente des résultats des examens cliniques et des bilans qui avaient été effectués au CHAL, notamment sur le plan neurologique (Dresse F_____).

12. Le 10 juin 2016, l'assuré a transmis à la Dresse D_____ les résultats d'analyses sanguines effectuées en novembre 2015 au CHU de Grenoble, ainsi qu'un compte-rendu d'examen neuropsychologique du 19 janvier 2016 de Madame H_____, psychologue et neuropsychologue au CHU de Grenoble. Il ressort de ce dernier rapport que l'assuré se plaignait de changements sur le plan cognitif en lien avec une probable intoxication par exposition à l'acide cyanhydrique, en ce sens qu'il se disait confronté à des difficultés de raisonnement, notamment pour résoudre des situations complexes, et d'un point de vue mnésique (quelques oublis sur les événements de ces derniers mois). Relatant les résultats des tests effectués, Mme H_____ a relevé que sur le plan mnésique, l'évocation des faits autobiographiques était sans particularité et que l'assuré était parfaitement orienté. Dans les épreuves, les résultats étaient dans la norme, pour tous les types de matériel (verbal et visuel) et dans toutes les situations de test. En ce qui concernait le fonctionnement exécutif, toutes les fonctions évaluées (vitesse de traitement, flexibilité mentale, évocation lexicale, capacités d'abstraction de concept, planification et mémoire de travail) étaient efficaces. S'agissant de l'efficacité intellectuelle globale, les performances de l'assuré étaient dans la norme et conformes à son niveau d'éducation dans les épreuves approchant le raisonnement verbal et non verbal.
13. Le 17 août 2016, l'assuré a transmis à l'assureur le rapport d'examen urinaire du 15 octobre 2015 suite au prélèvement effectué le 12 octobre 2015 par un laboratoire d'analyses. Selon les mesures réalisées, le dosage de thiocyanates urinaires s'élevait à 9.9 mg/l. Il était précisé que les concentrations de référence s'élevaient à moins de 10 mg/l pour un patient non-fumeur, respectivement moins de 25 mg/l pour un patient fumeur.
14. Par appréciation médicale du 12 octobre 2016, la Dresse D_____ a considéré qu'aucune anomalie probante n'avait été relevée en rapport avec l'hypothèse d'intoxication au cyanure dans les différents examens complémentaires effectués. Les thiocyanates urinaires du 8 octobre (recte : 12 octobre) 2015 avaient été dosés un peu tardivement mais le résultat était dans la norme, en particulier pour un fumeur. On relevait d'ailleurs des indications contradictoires au sujet du tabagisme, l'assuré étant fumeur jusqu'en mai 2015 selon le Prof. G_____ alors qu'il s'était

présenté comme non-fumeur lors de l'examen du 27 avril 2016. Quoiqu'il en soit, les examens complémentaires mentionnés par le Prof. G_____ (examen neurologique et IRM) ainsi que l'examen neuropsychologique étaient dans la norme. D'autres diagnostics étaient mentionnés dans les différents rapports, que ce soit un état migraineux, un état dépressif ou la présence de traitements (trop ?) lourds avec de possibles effets secondaires susceptibles d'être reliés avec certaines plaintes. Sur le plan professionnel, la Dresse D_____ relevait une certaine discordance entre les informations données par l'assuré et celles relevées lors de sa visite de l'entreprise le 7 décembre 2015. Bien que les postes de travail fussent de conception artisanale, une exposition problématique aux composés cyanurés (solutions, gaz, solides) n'avait pas été constatée à cette occasion. En tenant compte de l'ensemble des informations recueillies, il ressortait sur le plan clinique qu'en l'absence d'anomalies, tant lors des examens cliniques que des examens complémentaires multiples, les plaintes de l'assuré pouvaient ouvrir les hypothèses de plusieurs diagnostics différentiels. Mais il n'y avait pas d'arguments pour retenir une intoxication aux cyanures. On relevait également un début des plaintes extrêmement précoce après l'entrée en fonction, des symptômes non spécifiques et l'absence d'amélioration depuis la fin de l'exposition.

15. Le 24 octobre 2016, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a transmis à l'assureur le dossier qu'il avait ouvert au nom de l'assuré à la suite d'une demande de prestations déposée le 26 février 2016. Ce dossier fait principalement ressortir les éléments suivants :

- Le 8 février 2016, la Dresse F_____ a écrit au Dr E_____ pour lui rendre compte de la consultation qu'elle avait donnée le même jour à l'assuré. Celui-ci était venu la trouver pour des céphalées à caractère migraineux qui s'étaient installées à la suite d'une exposition professionnelle aux dérivés de cyanure. Suite à la dernière consultation, elle lui avait organisé un rendez-vous auprès du Prof. G_____, spécialiste de la médecine du travail, qui avait repris le dossier en mains et pensait que la symptomatologie des céphalées chroniques pouvait être provoquée par cette exposition aux dérivés de cyanure. Il y avait également la polyglobulite qui devait être investiguée prochainement par un hématologue. Sur le plan clinique, l'assuré présentait toujours des céphalées environ quatre fois par semaine qui étaient souvent unilatérales du côté droit, pulsatiles sans nausées, mais avec un photo-phonophobie importante. Les anti-inflammatoires ne semblaient pas avoir d'effet, ni les dérivés codéinés. En conséquence, elle lui avait prescrit, ce jour, du Zomig et renouvelé la prescription de Laroxyl, médicament dont la prise devait être poursuivie au long cours pour baisser la fréquence des maux de tête.
- Dans un rapport non daté, reçu le 12 avril 2016 par l'OAI, le Dr E_____ a indiqué que la cause de l'incapacité de travail, qui était totale depuis le 16 septembre 2015, consistait en crises migraineuses, céphalées, vertiges, asthénie et troubles de la concentration. Ces diagnostics étaient présents depuis

mai 2015. En revanche, dans une activité adaptée (exercée en position assise et n'impliquant pas d'exposition à des zones toxiques), la capacité de travail exigible était entière depuis mai 2015. Sur le plan anamnestique, l'évolution avait été marquée par des troubles sensitifs intermittents du pied et de la main gauche, ainsi qu'un trouble de la coordination côté gauche. La marche s'effectuait en funambule et apparaissait légèrement déséquilibrée.

- Dans un rapport non daté, reçu le 27 avril 2016 par l'OAI, la Dresse F_____ a estimé qu'une intoxication chimique aux dérivés de cyanures était à l'origine de l'incapacité de travail de l'assuré qui remontait à mai 2015. L'anamnèse était marquée par des céphalées inhabituelles, chroniques et résistantes aux médicaments. Sans vouloir se prononcer elle-même sur la capacité de travail et son évolution, la Dresse F_____ a indiqué que pour le reste du questionnaire de l'OAI, il convenait de voir avec le Prof. G_____, « spécialiste dans le domaine », qui lui avait succédé pour le suivi de l'assuré après la date du dernier contrôle (8 février 2016).
- Dans un rapport du 9 mai 2016, le Prof. G_____ a mentionné que le début de la longue maladie remontait à septembre 2015. La capacité de travail dans l'activité habituelle dépendait des conditions techniques de son exercice. Telles qu'elles avaient été décrites par l'assuré, les conditions de travail – que ce médecin indiquait n'avoir pas vues personnellement – semblaient pathogènes mais les limitations fonctionnelles « mineures ». La cause de l'incapacité de travail était due aux symptômes attribués à une intoxication aux dérivés cyanurés. Pour le surplus, il convenait de se référer au rapport de consultation du 24 novembre 2015. Depuis la résolution des troubles de la concentration, les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient les suivants : troubles de l'odorat et du goût et survenue de céphalées inopinées une heure par semaine. Le pronostic était bon, avec une probable résolution des céphalées à l'avenir. Dans une activité adaptée, soit n'impliquant pas d'exposition à l'acide cyanhydrique, la capacité de travail était « normale », sans aucune limitation, y compris comme bijoutier. Cependant, compte tenu de conditions de travail dont l'assuré n'avait pas la maîtrise, une reconversion professionnelle paraissait souhaitable.
- Par communication du 14 juillet 2016, l'OAI a fait savoir à l'assuré que des mesures d'intervention précoce ainsi que d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.
- Par avis du 11 août 2016, la docteure I_____, médecin SMR, a considéré sur la base du rapport du 9 mai 2016 du Prof. G_____ que l'assuré avait présenté une intoxication aux dérivés de cyanure, en lien avec une exposition professionnelle liée à des conditions d'exercice confinées. L'éviction du milieu pathogène avait permis une évolution favorable de la symptomatologie, comme l'attestaient les différents examens réalisés. Dans ce contexte, l'atteinte à la santé n'avait pas été durable et l'activité habituelle de bijoutier restait exigible,

pour autant qu'elle fût exercée dans des conditions techniques conformes aux normes de sécurité.

- Par projet de décision du 15 août 2016, l'OAI a refusé toute rente d'invalidité à l'assuré, motif pris qu'il n'existait pas d'atteinte incapacitante au sens de la loi sur l'assurance-invalidité et que la capacité de travail de l'assuré était entière dans son activité habituelle.
- Le 7 septembre 2016, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI en tant qu'il ne prenait pas en compte tous les éléments médicaux qui attestaient d'une incapacité de travail entière dans son activité habituelle. Ces éléments seraient complétés d'ici peu par des informations de la part de sa neurologue, avec qui l'assuré avait rendez-vous le 9 septembre 2016.
- Dans une note relative à un entretien téléphonique du 5 octobre 2016 avec l'assuré, le gestionnaire du dossier AI a indiqué que l'assuré reconnaissait qu'en théorie, son activité habituelle pourrait à nouveau être exercée sans exposition aux dérivés de cyanure et acétone, dès que ses migraines ne seraient plus invalidantes. Actuellement, les migraines et céphalées étaient omniprésentes et vraiment invalidantes. De plus, le traitement médicamenteux administré par le neurologue avait eu d'importants effets secondaires (impossibilité de conduire, troubles du sommeil, etc.) mais depuis que son médecin généraliste, le Dr E_____, avait modifié le traitement, les effets secondaires étaient moindres.

16. Par appréciation médicale du 3 novembre 2016, la Dresse D_____ a relevé que le dossier AI contenait des pièces auxquelles l'assureur n'avait pas eu accès précédemment. Il en allait ainsi du rapport du 27 avril 2016 de la Dresse F_____, neurologue traitante exerçant au CHAL. Ce document mentionnait des symptômes mais ne comportait cependant pas de constats médicaux. Pour ces derniers, il convenait de se reporter au courrier du 8 février 2016 que la Dresse F_____ avait adressé au Dr E_____. Selon la Dresse D_____, la description des céphalées qui y était faite était tout à fait concordante avec des migraines. Il n'était fait état, à aucun moment, d'autres troubles neurologiques. Or, le diagnostic d'une intoxication avait été posé par le médecin traitant, le Dr J_____, sur la base de troubles de l'équilibre, de troubles sensitifs et de la coordination avec une perturbation de la marche en funambule. Selon la Dresse D_____, ces éléments n'avaient jamais été repris ni par la Dresse F_____ dans ses courriers, ni par le Prof. G_____ qui avait conclu à un examen neurologique normal en novembre 2015. Il semblait donc que le diagnostic d'intoxication avait été basé uniquement sur la description par l'assuré de ses conditions de travail, lesquelles n'avaient été vérifiées ni par le médecin traitant, ni par le Prof. G_____. Par ailleurs, ce dernier avait constaté dans son rapport à l'OAI du 9 mai 2016 que l'assuré avait, à cette époque, une capacité de travail normale avec des limitations mineures. De plus, le Prof. G_____ avait constaté la résolution des différents troubles en dehors de la persistance de la survenue de céphalées inopinées une heure par semaine. Ceci ne concordait donc ni avec les informations données par l'assuré à la Dresse D_____

le 27 avril 2016, ni avec les propos qu'il avait tenus le 5 octobre 2016 lors d'un entretien téléphonique avec le gestionnaire du dossier AI. À ces deux occasions en effet, l'assuré avait indiqué qu'il ne se voyait pas reprendre une activité professionnelle en l'état, du fait de ses « céphalées invalidantes » selon ses termes. En conclusion, les différents éléments du dossier AI confirmaient que sur le plan neurologique, le seul diagnostic retenu était des migraines. Pour le reste, tous les bilans étaient dans les normes. Il n'existait donc pas de lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, entre cette symptomatologie de type migraineux et l'activité professionnelle de bijoutier exercée par l'assuré entre le 1^{er} mars et le 16 septembre 2015 (recte : 15 septembre 2015), de sorte qu'il n'y avait pas lieu de modifier les conclusions de la précédente appréciation du 12 octobre 2016.

17. Par décision du 7 novembre 2016, l'assureur a refusé l'octroi de prestations à l'assuré, motif pris que l'on n'était en présence ni d'une maladie due exclusivement ou de manière prépondérante aux substances et travaux désignés par le législateur, ni d'une maladie causée exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle.
18. Le 8 décembre 2016, l'assuré a formé opposition à cette décision en précisant qu'une consultation avec son neurologue était prévue le mois suivant pour appréciation médicale. Une motivation de l'opposition suivrait.
19. Par pli du 17 février 2017, l'assuré a motivé son opposition en faisant valoir qu'il avait commencé à avoir de très fortes céphalées nuit et jour dès mars 2015. Celles-ci avaient augmenté de semaine en semaine, avec des vertiges, une gêne respiratoire ainsi qu'un état de faiblesse, « sans aucune consolidation à ce jour ». Les migraines étaient apparues seulement en mars 2015. Il bénéficiait d'un traitement par AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens ; Ibuprofène, Amitriptyline, Bipropéridol et Eupantol). En l'occurrence, les plaintes étaient survenues suite à une intoxication aux dérivés de cyanures et d'acétone sur son lieu de travail et il était évident que les céphalées étaient dues exclusivement à l'activité professionnelle qu'il avait exercée au service de l'employeur. Celles-ci étaient chroniques et persistantes, malgré un changement de traitement de fond. En conclusion, l'assuré a invité l'assureur à considérer qu'il existait un lien de causalité entre les symptômes et l'activité professionnelle. À l'appui de ses conclusions, l'assuré a produit :
 - une attestation du 15 décembre 2016 du Dr E_____, certifiant que l'état de santé de l'assuré nécessitait un suivi médical constant. Depuis son arrêt de travail daté du 16 septembre 2015, il était constamment gêné par des céphalées invalidantes, malgré les nombreux traitements en cours. La décision de l'assureur « en rapport avec l'exposition professionnelle aux aérosols » était contestée par l'assuré qui demandait une « révision de son dossier ».

- une attestation du 27 janvier 2017 de la Dresse F_____, certifiant que l'assuré avait été hospitalisé le 16 septembre 2015 dans le service de neurologie pour des céphalées inhabituelles de type migraineux. Depuis, il était suivi pour des céphalées chroniques persistantes malgré le changement de traitement de fond. L'assuré avait été revu en consultation le 27 janvier 2017.
- 20. Par pli du 27 février 2017, l'assuré a informé l'assureur, justificatifs à l'appui, qu'il serait reçu en consultation par le Prof. G_____ le 15 mai 2017 et par la Dresse F_____ le 29 mai 2017.
- 21. Par décision du 9 mars 2017, l'assureur a rejeté l'opposition, considérant que les attestations communiquées par l'assuré pour étayer ses conclusions n'étaient pas aptes à remettre en cause l'appréciation du 3 novembre 2016 de la Dresse D_____, qui avait entière valeur probante et réfutait un lien de causalité entre les troubles relatés et l'activité professionnelle. En effet, les documents produits par l'assuré ne se prononçaient aucunement sur un lien potentiel entre les plaintes de l'assuré et son travail. Quant aux autres documents versés au dossier, la Dresse D_____ avait pris explicitement et de façon répétée position à leur égard et conclu que les conditions de reconnaissance d'une maladie professionnelle n'étaient pas remplies.
- 22. Le 21 mars 2017, l'assuré a recouru par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) contre cette décision, en concluant à son annulation. À l'appui de ses conclusions, il a expliqué qu'il devait prochainement rencontrer le Prof. G_____ « pour une contre-expertise » et que cela fait, il ne manquerait pas de « revenir [...] déposer [ses] conclusions ».
- 23. Par communications des 3 avril et 22 mai 2017, la CJCAS a imparti, respectivement prolongé un délai pour lui permettre de rendre son recours conforme aux exigences légales d'un point de vue formel.
- 24. Par pli du 14 juin 2017, l'assuré a fait suivre à la CJCAS un courrier et un certificat que le Prof. G_____ avait rédigés le jour même.

Dans son courrier du 14 juin 2017, le Prof. G_____ a fait savoir au Dr E_____ qu'il avait revu le recourant le 15 mai 2017 à sa demande. Il a rappelé que celui-ci avait présenté des signes fonctionnels initialement tout à fait compatibles avec un effet neurotoxique des dérivés du cyanure (voire dans une moindre mesure de l'acétone) auxquels il avait été exposé professionnellement (traitement de surface de métaux dans le cadre d'une activité salariée de bijoutier). Médicalement, les céphalées avaient diminué suite à une modification du traitement par la Dresse F_____ (traitement de fond par Anafranil et Propranolol, voire Lamaline en cas de crise). Du point de vue de la prise en charge médico-sociale, le recourant lui avait expliqué avoir reçu pendant dix-huit mois des indemnités journalières de la part d'Allianz Suisse, assureur perte de gain de l'employeur. Cet assureur avait également financé un bilan de compétence. Le recourant entendait également suivre une formation dont la prise en charge était conditionnée à l'octroi d'une mesure de reclassement par l'OAI. Le recourant lui avait demandé « un certificat justifiant de

l'imputabilité de ces signes au travail et soutenant sa demande de reclassement ». Aussi lui avait-il remis, le 14 juin 2017, un tel certificat visant à accompagner une demande de reconnaissance temporaire de la qualité de travailleur handicapé, utilisable en France, si cela pouvait l'aider dans sa demande de financement de sa reconversion en cas de difficultés insurmontables rencontrées en Suisse à cet égard.

Par certificat du 14 juin 2017, le Prof. G_____ a attesté avoir reçu le recourant en consultation de pathologies professionnelles les 9 novembre 2015, 9 mai 2016 et 15 mai 2017. Les signes fonctionnels que le recourant avait présentés initialement étaient compatibles avec une intoxication professionnelle, compte tenu des signes cliniques, de la chronologie d'apparition des signes fonctionnels et des expositions et conditions rapportées. Ceci avait été décrit de façon détaillée dans les différents comptes-rendus, en particulier le compte-rendu initial. Aussi ce médecin retenait que la majorité de ces signes fonctionnels initiaux était très probablement imputable à l'exposition rapportée. Cela dit, « la démonstration sans équivoque aurait nécessité la réalisation de dosages biologiques en période d'exposition aiguë, or ceux-ci avaient été réalisés après un mois d'arrêt de travail ». Le recourant avait perdu son travail dans les suites de cet épisode et souhaitait se reconvertir dans le domaine de l'informatique afin d'éviter une nouvelle exposition à « ces produits toxiques » et une récurrence de ses problèmes de santé. Dans ce contexte, ce projet de reconversion lui semblait tout à fait légitime d'un point de vue médical.

25. Par réponse du 27 juillet 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours en faisant valoir que les appréciations de la Dresse D_____, sur lesquelles reposait la décision entreprise, procédaient d'une instruction complète des faits pertinents et excluaient de façon probante l'existence d'une relation de causalité entre les troubles du recourant et ses activités professionnelles. Par opposition, les prises de position du 14 juin 2017 du Prof. G_____ étaient muettes sur l'existence d'un tel lien de causalité et n'ajoutaient rien à ce que ce médecin avait déjà exprimé précédemment. Du reste, la Dresse D_____ avait déjà expliqué dans son appréciation du 3 novembre 2016 que les observations du Prof. G_____ ne remettaient nullement en cause ses conclusions.
26. Par « recours » (recte : réplique) du 31 juillet 2017, le recourant a soutenu en substance qu'au vu des signes cliniques, de la chronologie de l'apparition des signes fonctionnels et des plaintes maintes fois renouvelées, il était établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles qui affectaient sa santé étaient en relation de causalité avec une intoxication professionnelle. L'existence d'une maladie professionnelle étant ainsi démontrée, il incombait à l'intimée de lui octroyer des prestations. Force était également de constater que dans ses divers rapports, la Dresse D_____ ne prenait pas position au sujet de l'appréciation du Prof. G_____. Ce spécialiste retenait en effet, le 14 juin 2017, que la majorité des signes fonctionnels initiaux était très probablement imputable à l'exposition rapportée. Pour corroborer l'existence d'un tel lien de causalité, le recourant a également produit le rapport médical du 30 novembre 2015 que le Dr E_____

avait adressé à l'assureur-maladie perte de gain de l'employeur. Selon ce rapport, le diagnostic retenu était une exposition professionnelle aux cyanures. L'affection s'était manifestée en avril 2015 avec l'apparition des premiers symptômes d'exposition à ces substances.

27. Le 3 août 2017, une copie de ce courrier a été transmise à l'intimée.
28. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée étant une décision sur opposition de l'assureur-accidents relative à une prestation prévue par la LAA.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA).

À teneur de l'art. 89B al. 1 LPA, la demande ou le recours est adressé en deux exemplaires à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice soit par une lettre, soit par un mémoire signé, comportant notamment un exposé succinct des faits ou des motifs invoqués et des conclusions. Si l'acte n'est pas conforme à ces règles, la chambre des assurances sociales impartit un délai convenable à son auteur pour le compléter en indiquant qu'en cas d'inobservation, la demande ou le recours est écarté (art. 89B al. 3 LPA).

c. Conformément au principe de l'interdiction du formalisme excessif en matière de droit des assurances sociales, le juge saisi d'un recours ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours. À cet égard, la jurisprudence a précisé qu'il y a lieu d'accorder un délai convenable en application de l'art. 61 let. b LPGA non seulement dans les cas où l'acte de recours est insuffisamment motivé mais aussi en l'absence de toute motivation, pour autant que le recourant ait clairement exprimé sa volonté de recourir contre une décision déterminée dans le délai légal de recours ; demeure réservé l'abus de droit (ATF 134 V 162 ; arrêt 9C_248/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et les références).

d. En l'occurrence, suite aux communications de la chambre de céans des 3 avril et 22 mai 2017 qui l'invitaient à remédier à l'informalité constatée (absence d'exposé

succinct des faits ou des motifs invoqués), le recourant a fait suivre à la chambre de céans un courrier et un certificat du 14 juin 2017 du Prof. G_____ avant l'expiration de l'ultime délai imparti pour exposer les faits et/ou invoquer les motifs à l'appui de son recours. Dans la mesure où ces éléments ressortent des explications données par ce médecin, la chambre de céans considérera donc que les écritures du recourant satisfont aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

Touché par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

e. Son recours sera donc déclaré recevable.

2. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'événement litigieux est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015). Les dispositions visées seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
3. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents, singulièrement sur la question de savoir si les atteintes dont il souffre remplissent les conditions d'une maladie professionnelle.
4. a. Selon l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b. Selon l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGA) 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. Se fondant sur cette délégation de compétence, ainsi que sur l'art. 14 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA – RS 832.202), le Conseil fédéral a dressé à l'annexe 1 de l'OLAA la liste des substances nocives, d'une part, et la liste de certaines affections, ainsi que des travaux qui les provoquent, d'autre part.

Ces substances et travaux, ainsi que les affections dues à ceux-ci sont énumérés de manière exhaustive à l'annexe 1 de l'OLAA (RAMA 1988 n° U 61 p. 449 consid. 1a, RAMA 1999, n° U 326, p. 108, consid. 2, voir également arrêt du Tribunal fédéral 8C_165/2007 du 5 mars 2008, consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal

fédéral des assurances U 381/01 du 20 mars 2003, consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 290/99 du 2 mai 2000, consid. 2a).

À teneur du ch. 1 de l'annexe 1 de l'OLAA, les thiocyanates (sulfocyanures) sont réputés substances nocives au sens de l'art. 9 al. 1 LAA.

Selon la jurisprudence, l'exigence d'une relation prépondérante est réalisée lorsque la maladie est due pour plus de 50 % à l'action d'une substance nocive mentionnée dans la première liste ou lorsque cette maladie figure parmi les affections énumérées dans la seconde liste et qu'elle a été causée à raison de plus de 50 % par les travaux indiqués en relation avec ladite affection (ATF 119 V 200 consid. 2a et la référence ; RAMA 2000, n° U 398, p. 333 et ss., consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances n° U 48/05 du 22 février 2006).

Lorsqu'un assuré est exposé à des substances nocives au sens de l'art. 9 al. 1 LAA, il n'existe pas de présomption selon laquelle l'atteinte à la santé est consécutive à cette exposition. La reconnaissance d'une maladie professionnelle suppose un lien de causalité qualifié entre l'influence de l'agent nocif et l'affection. Il ne suffit donc pas que l'agent soit une cause parmi d'autres de celle-ci. Il doit participer plus que toutes les autres causes concurrentes à la survenance de la maladie. C'est pourquoi la seule exposition à une substance nocive ne saurait présumer l'existence d'un lien de causalité entre celle-ci et l'affection, et encore moins réaliser la condition d'une relation prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_306/2014 du 27 mars 2015 consid. 5.2 ; Jean-Maurice FRESARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 3^{ème} éd. 2016, p. 876, n. 107).

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 générale répond au besoin de combler d'éventuelles lacunes qui subsisteraient dans la liste que le Conseil fédéral est chargé d'établir en vertu de l'art. 9 al. 1 LAA (ATF 116 V 141 consid. 5a et les références). Selon la jurisprudence, l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante prévue à l'art. 9 al. 2 LAA est réalisée lorsque la maladie professionnelle résulte à 75 % au moins de l'activité professionnelle (ATF 126 V 186 consid. 2b ; 119 V 201 consid. 2b). En d'autres termes, il faut que les cas d'atteintes pour un groupe professionnel déterminé soient quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général pour que l'on puisse considérer que la maladie a été causée de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (ATF 116 V 143 consid. 5c ; RAMA 2000, n° U 408, p. 407 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 195/05 du 31 janvier 2006). Si les données statistiques font défaut, il faut utiliser les données cliniques (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances n° U 235/99 du 22 septembre 2000).

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral des assurances a examiné la question de savoir si l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante au sens de l'art. 9 al. 2 LAA est à apprécier principalement sur le vu des bases épidémiologiques médicalement reconnues ou si, au contraire, ce sont les circonstances particulières de l'occupation professionnelle qui doivent prévaloir. Il a retenu qu'en médecine, la relation de cause à effet ne peut que rarement être tirée ou déduite à la manière d'une science mathématique. Compte tenu du caractère empirique de la médecine, lorsqu'une preuve directe ne peut être apportée à propos d'un état de fait médical, il est nécessaire de procéder à des comparaisons avec d'autres cas d'atteinte à la santé, soit par une méthode inductive ou par l'administration de la preuve selon ce mode. Dans ce cadre, la question de savoir si et dans quelle mesure la médecine peut, au regard de l'état des connaissances dans le domaine particulier, donner ou non d'une manière générale des informations sur l'origine d'une affection médicale joue un rôle décisif dans l'admission de la preuve dans un cas concret. S'il apparaît comme un fait 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, il est hors de question d'apporter la preuve, dans un cas concret, de la causalité qualifiée (ATF 126 V 183 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances n° U 408 du 22 septembre 2000, in RAMA 2000, p. 407).

En d'autres termes, dans la mesure où la preuve d'une relation de causalité qualifiée selon l'expérience médicale ne peut pas être apportée de manière générale, l'admission de celle-ci dans le cas particulier est exclue. En revanche, si les connaissances médicales générales sont compatibles avec l'exigence légale d'une relation causale 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 (ATF 126 V 183 consid. 4c et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances n° U 381/2001 du 20 mars 2003).

d. La maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée, soit dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler (cf. art. 9 al. 3 LAA).

5. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher 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.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

c/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 592/99 du 13 mars 2000).

c/bb. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

c/cc. 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 même faibles 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 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3).

6. a. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Dans le cadre de l'application de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur dispose d'une grande latitude pour déterminer quels moyens doivent être mis en œuvre pour déterminer les faits pertinents. L'objet de la preuve dépend de la situation concrète en fait et en droit. Le principe inquisitoire commande ainsi de déterminer l'état de fait pertinent dans la mesure où cela s'avère nécessaire pour pouvoir se prononcer, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur le droit aux prestations (arrêt du Tribunal fédéral 8C_815/2012 consid. 3.2.1). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 p. 185 et les références).
- 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 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV, n. 10, p. 28, consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4 ; ATF 122 V 157 consid. 1d).
7. a. La décision querellée nie la présence non seulement d'une maladie due exclusivement ou de manière prépondérante aux substances et travaux désignés par le législateur (art. 9 al. 1 LAA) mais aussi d'une autre maladie dont il serait prouvé qu'elle aurait été causée exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (art. 9 al. 2 LAA) soit, en l'espèce, l'activité de bijoutier polisseur que le recourant a exercée du 1^{er} mars 2015 jusqu'à son absence pour cause de maladie à partir du 16 septembre 2015. Le refus de toute prestation du fait de l'absence de maladie professionnelle se fonde sur les appréciations médicales de la Dresse D_____ des 3 novembre 2016 et 12 octobre 2016, elles-mêmes complétées par un examen du recourant et un entretien avec celui-ci en date du 27 avril 2016 ainsi qu'une visite de l'atelier de production le 7 décembre 2015. Il ressort en substance de cette visite qu'une exposition

problématique aux composés cyanurés n'a pas été constatée pour ce cas déclaré de suspicion d'intoxication au cyanure. Ce constat est corroboré par divers examens (effectués dès le 16 septembre 2015 au CHAL de Contamine-sur-Arve puis au CHU de Grenoble) sans particularités, notamment d'un point de vue neurologique, et d'un dosage des thiocyanates urinaires effectué le 12 octobre 2015, dans les limites de la normale. Il résulte enfin de l'appréciation du 3 novembre 2016 de la Dresse D_____ que le diagnostic d'intoxication au cyanure a été posé par le Dr E_____ sur la base de troubles qui auraient été présents dès avril ou mai 2015, soit quatre à cinq mois avant la première consultation donnée par ce médecin (16 septembre 2015) mais que les troubles en question, mentionnés par le Dr E_____ dans son rapport non daté, reçu par l'OAI le 12 avril 2016 (troubles de l'équilibre, troubles sensitifs et troubles de la coordination avec une perturbation de la marche en funambule), n'ont jamais été repris ni par le Prof. G_____, qui a conclu à un examen neurologique normal en novembre 2015, ni par la Dresse F_____, neurologue, qui, dans son courrier du 8 février 2016, donne une description des céphalées du recourant qui concorde simplement avec des migraines, de sorte qu'on ne saurait retenir que ce seul diagnostic au plan neurologique, non spécifique à une exposition – au demeurant non problématique – aux dérivés de cyanures, serait dû, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'exercice de l'activité professionnelle de bijoutier du 1^{er} mars au 16 septembre 2015.

b. Se pose toutefois la question de savoir si l'intimée aurait pu et dû réaliser des mesures d'exposition atmosphériques (via tubes Dräger) et biologiques (sous la forme de thiocyanates urinaires chez le deuxième employé) comme l'y invitait le Prof. G_____ dans son rapport du 24 novembre 2015. Il convient d'y répondre par la négative dans la mesure où l'assureur dispose d'une grande latitude pour déterminer quels moyens doivent être mis en œuvre pour déterminer les faits pertinents (cf. ci-dessus : consid. 6a) et qu'en l'espèce, la visite des locaux, effectuée le 7 décembre 2015, n'a pas relevé d'élément probant qui permettait d'évoquer une exposition problématique aux composés cyanurés (solution, gaz, solides). Par ailleurs, on ne voit pas en quoi un dosage des thiocyanates urinaires chez le deuxième employé aurait permis de tirer des conclusions valables pour le recourant. Il ressort en effet du rapport de visite du 7 décembre 2015, complété par l'entretien du 27 avril 2016, que les cyanures étaient utilisés pour les bains de dorage, mais surtout que cette activité était essentiellement faite par le bijoutier et dans une moindre mesure par le recourant, dont les tâches se répartissaient à raison d'un tiers entre le travail de polisseur, bijoutier et contrôleur.

En outre, la chambre de céans constate que les rapports de la Dresse D_____ procèdent d'une étude détaillée du contexte médical et professionnel déterminant. Cette spécialiste a, en particulier, visité le lieu de travail du recourant et examiné l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier ainsi que les autres pièces remises par le recourant et/ou provenant de son dossier AI. Elle a également reçu

l'intéressé en vue d'un entretien et d'un examen médical. On ne voit dès lors pas à quelles plus amples investigations l'intimée aurait pu procéder.

Pour le surplus, les conclusions auxquelles la Dresse D_____ parvient sont dûment motivées et convaincantes, si bien que, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus (consid. 5c/aa), il convient en principe de leur reconnaître pleine valeur probante.

c. Se fondant principalement sur les rapports successifs du Prof. G_____, le recourant soutient que ses troubles seraient, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité avec une intoxication professionnelle, compte tenu de la chronologie d'apparition des signes fonctionnels et des expositions et conditions rapportées (rapport du 24 novembre 2015 et certificat du 14 juin 2017). De telles conclusions ne sont pas de nature à emporter la conviction ni à instiller le doute au sujet des appréciations de la Dresse D_____, ne serait-ce qu'au vu des réserves que le Prof. G_____ a émises lui-même. Celles-ci concernent d'une part les expositions et conditions de travail simplement rapportées par le recourant – et non vérifiées in situ par ce spécialiste –, d'autre part le fait qu'une démonstration sans équivoque d'une très probable imputabilité des signes fonctionnels initiaux à l'exposition rapportée « aurait nécessité la réalisation de dosages biologiques en période d'exposition aiguë, or ceux-ci ont été réalisés après un mois d'arrêt de travail » (cf. certificat du 14 juin 2017). Force est par ailleurs de constater que lesdits signes fonctionnels initiaux, explicités par le Dr E_____ dans son rapport non daté à l'OAI (troubles de l'équilibre, troubles sensitifs et troubles de la coordination avec une perturbation de la marche en funambule) n'ont pas été constatés par ce médecin traitant au moment où il se seraient déclarés, soit en avril-mai 2015, période durant laquelle le recourant n'était d'ailleurs pas en arrêt de travail. D'autre part, comme la Dresse D_____ l'a relevé, on ne retrouve aucune description de signes similaires dans les rapports des Dr F_____ et Prof. G_____, consultés peu après le début du suivi médical par le Dr E_____ (16 septembre 2015) mais des examens médicaux tout à fait normaux, en particulier d'un point de vue neurologique, à l'exception d'une symptomatologie migraineuse. Ainsi, les rapports du Dr E_____, fondés sur l'hypothèse d'une intoxication au cyanure, ne sont pas non plus de nature à remettre en cause la fiabilité des conclusions de la Dresse D_____. Ces dernières ne sont pas davantage ébranlées par les appréciations de la Dresse F_____. Dans son courrier du 8 février 2016 au Dr E_____, cette neurologue affirme certes que « des céphalées à caractère migraineux [...] se sont installées suite à une exposition professionnelle aux dérivés de cyanure ». Quoi qu'il en soit, l'origine des céphalées alléguée constitue une simple prémisse (non vérifiée par ce médecin et fortement relativisée suite à la visite des locaux de l'employeur du 7 décembre 2015) à la base d'une déduction qui n'est pas apte à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un lien de causalité qualifié entre l'influence de l'agent nocif et l'affection (cf. ci-

dessus : consid. 4b *in fine*). Cette remarque concerne également les rapports du Dr E_____ et du Prof. G_____.

8. Il ne ressort certes pas des divers rapports rendus par la Dresse D_____ que les dérivés cyanurés retrouvés en faibles quantités dans les bacs de dorage de l'employeur constituent des « thiocyanates (sulfocyanures) », voire une des autres substances nocives énumérées au ch. 1 de l'annexe 1 de l'OLAA, si bien que la chambre de céans ignore si l'existence d'une maladie professionnelle apparue dans le contexte d'une exposition à cette substance doit être appréciée au regard de l'alinéa 1 ou de l'alinéa 2 de l'art. 9 LAA. La question souffre toutefois de rester indécise, dès lors que même la condition la plus favorable prévue par le premier alinéa de cette disposition n'est pas donnée en l'espèce (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 311/01 du 28 août 2002 consid. 4c/cc pour une hypothèse et un raisonnement similaires).

9. Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

Non représenté et n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait se voir allouer une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA a contrario ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_193/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.2.1.). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le