

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 avril 2009

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Abrecht et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Cuérel

Cause pendante entre :

Z._____, au Brassus, recourant, assisté de Me Denis Merz, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : CNA), à Lucerne, intimée, assistée de Me Marc-Etienne Favre, avocat à Lausanne.

Art. 6 al. 1 LAA ; 11 OLAA ; 61 let. a, c et g LPGA

E n f a i t :

A. Z._____, né le 31 mars 1947, a été victime d'un accident de la route le 16 novembre 1990. Il a souffert d'une fracture de la malléole interne droite allant jusque dans le pilon tibial et d'une fracture-luxation de l'articulation de Lisfranc du pied gauche avec fracture de la base du premier métatarsien, sans fracture du gros orteil. Il a été hospitalisé à l'hôpital G._____ où il a subi une ostéosynthèse du premier métatarsien, une réduction avec embrochage de l'articulation de Lisfranc de même qu'une ostéosynthèse de la malléole interne.

Le 3 janvier 1991, une embolie pulmonaire a été observée.

Le 4 juillet 1991, Z._____ a subi une seconde intervention sous la forme d'une arthrodèse cunéiforme de la première métatarsienne, ce en raison d'une pseudoarthrose. Le 24 septembre 1992, le matériel d'ostéosynthèse lui a été retiré.

Vu la persistance des douleurs, il a été procédé à une arthrodèse cunéiforme-métatarsienne 2 et 3 en date du 9 août 1993. Cette nouvelle intervention a été complétée au niveau cuboïdo-métatarsien 4 et 5 le 22 novembre 1994. Enfin, le 18 avril 1996, une ostéotomie correctrice de la phalange basale du gros orteil a été pratiquée.

L'intéressé était assuré auprès de la CNA, dans le cadre de la LAA.

Lors de l'examen final qui a été réalisé le 29 juillet 1997, le médecin d'arrondissement de la CNA a retenu le diagnostic suivant :

"Status après arthrodèse de l'articulation Lisfranc gauche. Cicatrice dysesthétique et douloureuse avec troubles de la sensibilité et douleurs chroniques, notamment à l'appui.

Status après opération d'une fracture de la malléole interne, atteignant le pilon."

Compte tenu des séquelles de l'accident et se fondant sur l'appréciation faite par son médecin d'arrondissement, la CNA a accordé à l'assuré une rente d'invalidité de 30 % dès le 1er décembre 1998 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %.

B. Le 10 août 2004, Z._____ a été hospitalisé à [...] en raison essentiellement d'embolies pulmonaires centrales et périphériques bilatérales sur thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche.

Le Dr C._____, spécialiste FMH en médecine interne (maladies des voies respiratoires), à Lausanne, a été invité par la compagnie d'assurance J._____, auprès de laquelle Z._____ est assuré au titre de l'assurance-accidents complémentaire, à faire une expertise. Dans son rapport du 10 mars 2005, ce médecin a posé le diagnostic suivant :

"Status après embolies pulmonaires bilatérales massives sur thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche. Installation d'un bloc de branche droit résiduel mais pas de signes d'insuffisance cardiaque décompensée. Léger syndrome pulmonaire restrictif et freinage expiratoire important mais en partie réversible, difficile à qualifier en raison d'un problème de collaboration.

Importante tendance à l'hyperventilation.

Status après un tabagisme à 2 paquets de cigarettes/jour interrompu en août 2004.

Hypotension artérielle au repos se corrigeant à l'effort.

Status après multiples fractures des membres inférieurs en 1990, thrombose veineuse profonde et embolies pulmonaires en janvier 1991.

Dorsalgies et hernie discale, prothèse ancienne, calme au moment de mon examen."

Le Dr C._____, après avoir procédé à une anamnèse complète et passé en revue les différents examens subis par Z._____ (radiographie, examen fonctionnel pulmonaire, gazométrie, ergo-spirométrie, etc.), s'est notamment prononcé sur la capacité de travail ainsi que sur des propositions de traitement. En réponse à une question

s'agissant des suites de l'accident de circulation intervenu en 1990, il a indiqué : "On peut affirmer que la majorité des problèmes actuels en particulier les embolies pulmonaires sont des suites de l'accident de 1990". Finalement, il a exposé qu'il serait "indispensable de bénéficier d'un examen cardiologique approfondi en milieu spécialisé pour déterminer si une hypertension dans la petite circulation est présente et si celle-ci peut expliquer le phénomène d'hyperventilation et la fatigue."

Interpellé par la CNA, le Dr C._____ a confirmé ses observations dans un rapport complémentaire daté du 8 novembre 2005.

Sur la base de ces rapports, la CNA a pris en charge des frais de traitement ainsi que l'incapacité de travail.

C. La CNA a par la suite obtenu d'autres rapports ou avis médicaux, savoir un avis du 19 juillet 2005 du Dr F._____, spécialiste FMH (maladies des poumons) à Lausanne, médecin traitant de l'assuré pour les problèmes respiratoires, qui a diagnostiqué un syndrome d'apnée du sommeil, de même qu'un avis 7 octobre 2005 du Dr W._____, professeur associé, spécialiste en cardiologie, à Lausanne, destiné au médecin généraliste de l'assuré (le Dr S._____, au Sentier), dans lequel sont formulées des suggestions de traitements et d'exams complémentaires.

En date du 18 janvier 2006, le Dr B._____, du service médical de la CNA, a écrit au Dr C._____ en signalant d'abord qu'il constatait que l'atteinte respiratoire globale de l'assuré résultait de diverses pathologies distinctes (status après embolies pulmonaires en 1991 et 2004 ; syndrome d'apnées du sommeil [SAS] nécessitant un traitement par CPAP [traitement par pression positive] dans un contexte d'obésité ; syndrome obstructif sur tabagisme interrompu en 2004). Il a ensuite exposé que la CNA devait "préciser dans la mesure du possible l'atteinte fonctionnelle respiratoire imputable aux seules séquelles des embolies pulmonaires, en faisant abstraction du SAS et du syndrome obstructif". Il a demandé au Dr C._____ de "procéder à un nouveau

bilan, en y associant si nécessaire le Dr W._____, visant à répondre à la question [...] du retentissement fonctionnel cardio-pulmonaire imputable aux seules embolies pulmonaires qui constituent les séquelles de l'accident pris en charge par la Suva."

Le Dr C._____ a prié le Dr W._____, par un courrier du 9 mars 2006, de pratiquer un échocardiogramme visant à déterminer l'existence d'une éventuelle hypertension artérielle pulmonaire, qui pourrait être un paramètre objectif pour un lien de causalité avec les embolies pulmonaires. Cet examen, effectué le 4 avril 2006, a, selon le rapport du Dr W._____ du 7 avril 2006, "montré une bonne fonction ventriculaire gauche et une absence de valvulopathie significative". Et le Dr W._____ d'ajouter que, "afin d'évaluer précisément les pressions pulmonaires, le patient sera[it] convoqué pour bénéficier d'un cathétérisme cardiaque, ceci pour autant qu'il donne son accord".

Le 11 juillet 2006, le Dr C._____ a adressé la correspondance suivante au Dr B._____ :

"[...] Suite aux examens pratiqués par le Professeur Dr W._____, on peut affirmer que la dyspnée de Monsieur Z._____ et le phénomène d'hyperventilation ne sont pas dus à un facteur cardiovasculaire. Dans ces circonstances, conformément à mon expertise pour [...] rédigée en mars 2005, le patient doit pouvoir reprendre une activité normale s'il n'y a pas d'éléments nouveaux. Si tel n'était pas le cas, il serait utile que je puisse revoir le patient, en particulier en raison de l'acidose métabolique qui avait été observée en décembre 2004 et qui n'existait pas en 1996. Une confirmation de ce déséquilibre devrait nous être apportée par une nouvelle gazométrie. Si cette dernière était normalisée, il conviendrait d'organiser une prise en charge par un physiothérapeute spécialisé pour aider le patient à maîtriser son hyperventilation. [...]"

Le 28 juillet 2006, la CNA a informé l'assuré qu'elle allait mettre un terme au paiement de l'indemnité journalière et du traitement médical le 31 juillet 2006, faisant valoir que les investigations médicales avaient révélé que les troubles respiratoires n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec les séquelles de l'accident du 16 novembre 1990.

Dans un rapport établi le 17 août 2006, le Dr B._____ s'est référé à la déclaration précitée du Dr C._____ qui, selon lui, "signifie en clair que les problèmes respiratoires dont souffre M. Z._____ ne sont pas, même partiellement, la suite de ses embolies pulmonaires".

L'assuré a, par l'entremise de son conseil, manifesté son désaccord avec cette conclusion, dans une lettre du 30 août 2006 adressée à la CNA.

Par une décision rendue le 7 septembre 2006, la CNA Lausanne a signifié à l'assuré qu'elle revoyait sa position, après avoir alloué des prestations d'assurance pour des "troubles ayant motivé l'incapacité de travail dès le 9 août 2004" car, "selon les conclusions du 11 juillet 2006 de Monsieur le Dr C._____, il n'existe pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 16 novembre 1990 et les lésions annoncées". Ne s'estimant plus tenue d'intervenir, la CNA a donc mis en terme, au 31 juillet 2006, au paiement de l'indemnité journalière et des frais de traitement résultant de la rechute intervenue en 2004.

D. L'assuré a formé opposition contre cette décision le 13 septembre 2006, en faisant notamment valoir que faute d'avoir procédé à des investigations complémentaires, il était prématuré de constater que le Dr C._____ estimait de manière péremptoire et claire qu'il n'existait plus de lien de causalité avérée ou probable entre la rechute et l'accident survenu en 1990.

Le 27 novembre 2006, la CNA a interpellé le Dr C._____ afin de savoir si ses conclusions, résumées dans l'avis du Dr B._____ du 17 août 2006 avaient été correctement comprises. Le 31 décembre 2006, le Dr C._____ a répondu ce qui suit, après avoir rappelé les examens qu'il avait réalisés en 2004 :

"Les examens pratiqués sous la direction du Professeur W._____, à savoir un échocardiogramme réalisé le 4 avril 2006, puis un cathétérisme cardiaque gauche et droit pratiqué le 26.4.2004, ont montré une fonction cardiaque physiologique, des coronaires libres et une absence d'hypertension pulmonaire.

C'est à la suite de ces résultats que j'ai affirmé dans ma lettre du 11 juillet 2006 en réponse à votre demande que l'hyperventilation résiduelle n'était plus due aux épisodes emboliques de 1996 et août 2004.

Il faut tenir compte, dans l'appréciation de la situation du diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil cité dans le rapport du Professeur W. _____ du 07.10.05 dont le patient ne m'a jamais parlé et qui semble avoir été objectivé par un autre pneumologue et la présence de cette fameuse acidose métabolique à la gazométrie artérielle dont l'origine n'a pas été recherchée jusqu'ici.

J'espère avoir pu ainsi clarifier la situation [...]"

Le Dr B. _____ a émis une nouvelle "appréciation médicale" le 2 février 2007, en relevant que la lettre du Dr C. _____ n'apportait aucun élément nouveau et n'était pas en contradiction avec l'avis qu'il avait lui-même formulé le 17 août 2006. En définitive, le Dr B. _____ a maintenu intégralement sa dernière évaluation, en résumant ainsi la situation : d'une part, "les embolies pulmonaires, complication de l'accident initial survenu en 1990, n'entraînent pas de handicap cardiopulmonaire identifiable actuellement" ; d'autre part, "le syndrome d'apnées du sommeil et l'acidose métabolique n'ont aucun rapport de causalité envisageable avec ces deux anciens épisodes d'embolie pulmonaire".

La CNA Lucerne a rendu le 20 mars 2007 sa décision sur opposition. Elle s'est référée aux pièces du dossier constitué par la CNA Lausanne pour retenir que "les troubles pulmonaires présentés par l'assuré n'engag[ea]ient pas la responsabilité de l'assureur-accidents en tout cas au-delà du 31 juillet 2006". Elle a ajouté notamment que "la nouvelle gazométrie préconisée le 11 juillet 2006 par le Dr C. _____ n'a[vait] aucune influence sur l'issue de la présente procédure", et que "l'acidose métabolique (ainsi que le syndrome d'apnées du sommeil) n'a[vait] aucun rapport de causalité avec les complications de l'accident". Quant aux prestations fournies jusqu'au 31 juillet 2006, la CNA a renoncé à examiner si les conditions d'une révision procédurale ou d'une reconsidération (art. 53 LPG) étaient remplies. Fondée sur ces motifs, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré.

E. Z._____ a recouru le 23 avril 2007 auprès du Tribunal des assurances contre la décision sur opposition, concluant à sa réforme en ce sens que la CNA doit fournir les prestations LAA qui seraient précisées à dire de justice (conclusion I), subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de l'affaire à la CNA pour nouvelle décision au sens des considérants (conclusion II). A l'appui de son recours, le recourant fait en substance valoir qu'il aurait fallu effectuer différents tests ou examens complémentaires pour pouvoir dire avec certitude que la dyspnée et le phénomène d'hyperventilation dont il souffre n'étaient pas dû, pour partie à tout le moins, à un facteur cardiovasculaire engageant la responsabilité de la CNA. Il mentionne à ce propos la recherche de l'origine de l'acidose métabolique, évoquée par le Dr C._____ dans son rapport du 31 décembre 2006. Il cite également un nouvel avis médical du Dr F._____, du 13 mars 2007 (dans une lettre adressée à l'assuré), dont la teneur est la suivante:

"Suite à notre discussion téléphonique et aux tests respiratoires effectués en 2005, je vous confirme que les troubles de la diffusion au monoxyde de carbone se situant à 55 % du prédit peuvent aller dans le sens d'une atteinte du lit vasculaire pulmonaire (embolie pulmonaire). Afin de s'assurer de ceci, il est important de compléter les bilans par une gazométrie, un test de marche de 6 min, voire une ergospirométrie et à ceci peut s'ajouter un CT-Scanner du thorax."

Le recourant a également requis, entre autres mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise "tenant à mettre en œuvre les analyses préconisées par le Dr C._____ dans son avis du 31 décembre 2006, ainsi que ceux préconisés par le Dr F._____ le 13 mars 2007, puis à déterminer de manière définitive si la dyspnée du recourant et le phénomène d'hyperventilation dont il souffre sont dus totalement ou pour partie à un facteur cardiovasculaire."

Dans sa réponse du 25 mai 2007, la CNA a conclu au rejet du recours et s'est opposée à la mise en œuvre de l'expertise requise par le recourant, soulignant en particulier le caractère complet des avis médicaux figurant au dossier.

Le recourant a ensuite produit, le 15 juin 2007, quatre avis ou certificats médicaux. Parmi ces pièces figure un avis du Dr F. _____ qui, dans un courrier adressé au Dr S. _____ le 7 mai 2007, mentionne un certain nombre d'examens effectués (CT-scanner, scintigraphie pulmonaire) et en suggère d'autres, complémentaires, qu'il propose de pratiquer au terme d'une période d'attente de six mois. Y figure également un certificat médical rédigé par le Dr S. _____ le 6 juin 2007, qui précise ce qui suit :

"Le médecin soussigné certifie suivre M. Z. _____ depuis de nombreuses années.
En particulier, le soussigné supervise le traitement anticoagulant (Sintrom) dont bénéficie M. Z. _____ depuis août 2004, date de l'embolie pulmonaire, liée aux séquelles d'accident.
Depuis la période d'août 2004, le traitement anticoagulant est, d'une façon générale bien suivi et les contrôles se situent régulièrement dans les limites thérapeutiques reconnues. Depuis cette date, à aucun moment je n'ai pu, cliniquement, suspecter une récurrence d'embolie pulmonaire."

Avec l'accord des parties, la procédure de recours a été suspendue pour un délai de six mois, le temps que ces examens complémentaires soient réalisés. Par courrier du 7 mars 2008 adressé au juge instructeur du Tribunal des assurances, le recourant a exposé qu'il s'était soumis à deux examens le 19 février 2008, savoir une scintigraphie pulmonaire ainsi qu'une radiographie du thorax ; il a requis la prolongation de la suspension jusqu'au dépôt d'un rapport final de son médecin traitant le Dr F. _____. Le juge instructeur a ordonné à nouveau la suspension de la procédure.

Interpellé par ce dernier, le recourant a déposé une détermination le 12 décembre 2008. Il a expliqué que les nouveaux examens évoqués le 13 mars 2007 par le Dr F. _____ n'avaient pas été effectués. Il a pour le surplus renouvelé sa réquisition d'expertise et encore produit deux avis médicaux.

Dans un premier rapport, daté du 19 mars 2008, la Dresse T. _____, spécialiste FMH en cardiologie, à Lausanne, qui a effectué une

échocardiographie à la demande du Dr F._____, écrit notamment ce qui suit :

"[...] L'échocardiogramme montre donc un ventricule droit très discrètement dilaté et une pression pulmonaire estimée à 40 mmHg par l'insuffisance tricuspide, ce qui est vraisemblablement en relation avec le status post embolies pulmonaires multiples connu. [...] Je te laisse le soin de réévaluer l'indication à pousser les investigations plus loin, l'échocardiogramme n'étant bien sûr pas la méthode absolument de choix pour apprécier la pression pulmonaire, le cathétérisme droit étant beaucoup plus précis, le cas échéant."

Dans le second avis, établi le 5 mai 2008 par le Dr F._____ à l'attention de la Dresse T._____, il est fait mention d'un colloque du 16 avril 2008 (réunissant les Drs W._____, T._____ et F._____) et de la décision prise à cette occasion, selon laquelle des investigations supplémentaires "de type cathétérisme" [recte: cathétérisme] ne seraient pas nécessaires.

La CNA a déposé des déterminations, les 7 et 13 janvier 2009, dans lesquelles elle s'est dite opposée à la mise en œuvre de l'expertise requise par le recourant, rappelant en substance que les avis médicaux figurant au dossier étaient complets et qu'aucun élément propre à infirmer les conclusions de ceux-ci n'avait été rapporté.

Le 26 mars 2009, le recourant a écrit à la Cour de céans, en particulier pour confirmer sa requête d'expertise.

E n d r o i t :

1. La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let a LPA-VD).

2. Interjeté dans le délai de trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours et respectant, au jour de son dépôt, les formes prescrites par les art. 60 et 61 al. 1 let. b LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) ainsi que les art. 7 al. 1 et 8 LTAs (loi vaudoise sur le Tribunal des assurances, en vigueur au moment du dépôt du recours, abrogée au 1^{er} janvier 2009), le recours est recevable sur le plan formel.

3. Le présent litige porte sur le fait de savoir si la CNA était fondée à mettre un terme, au 31 juillet 2006, au paiement de l'indemnité journalière et du traitement médical en relation avec les problèmes respiratoires de l'accusé (dyspnée et phénomène d'hyperventilation) subsistant à cette date.

N'est en revanche pas litigieuse la question des prestations versées en relation avec l'hospitalisation du 10 août 2004, la CNA ayant en particulier renoncé à statuer sur une éventuelle révision ou reconsidération de ses décisions à ce propos.

Il n'y a pas non plus lieu, bien que ce point soit brièvement évoqué par le recourant dans ses déterminations du 12 décembre 2008, d'examiner si d'autres prestations de la CNA, en relation avec l'accident de 1990, devraient être revues, cette question ne faisant pas l'objet de la décision attaquée. En effet, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; conformément au principe dit du grief ("Rügeprinzip"), le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse, ce qui n'est pas le cas ici (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417).

4. En l'occurrence, le recourant reproche à la CNA d'avoir cessé le service de ses prestations alors même qu'il n'est selon lui pas établi que les troubles respiratoires dont il souffre aujourd'hui (dyspnées et hyperventilation) ne seraient pas dus, pour partie à tout le moins, à un facteur cardiovasculaire (embolies pulmonaires) résultant de l'accident survenu en 1990 et engageant par conséquent la responsabilité de la CNA.

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), 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.

Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose d'abord l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique 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 402, consid. 4.3.1). 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 ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177, consid. 3.1 ; TF, 28 mars 2008, 8C_432/2007, consid. 3.2.1 et les références citées).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (*statu quo sine*) (TF, 2 février 2009, 8C_535/2008, consid. 2.3). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*" ; cf. ATF 119 V 335, consid. 2b/bb p. 341s. ; RAMA 1999, U 341, p. 408s. consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF, 8 août 2008, 8C_551/2007, consid. 2.2).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas, l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 134 V 109, consid. 2.1 ; TF, 16 février 2009, 8C_268/2008, consid. 2.4).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport

de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137, consid. 3a p. 138 et les références). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF, 28 mars 2008, 8C_432/2007, consid. 3.2.2).

b) De manière générale, le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1).

S'agissant de la valeur probante d'un avis médical émis par un médecin "interne" à la CNA, il est de jurisprudence que cette dernière n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais plutôt comme organe administratif chargé d'exécuter la loi ; c'est la raison pour laquelle il convient de reconnaître pleine valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 104 V 209 ; TFA, 5 septembre 2000, U 71/00, consid. 2b).

Pour ce qui est des avis émis par un médecin traitant de l'assuré, le juge doit tenir compte du fait que ce dernier est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; TF, 6 février 2009, 8C_1051/2008, consid. 3.2). On ne saurait ainsi remettre en cause une expertise ordonnée par l'assureur ou l'administration, respectivement procéder à de nouvelles investigations, du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitant ont une opinion divergente ; il n'en va différemment que si ces médecins traitant font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont de nature à remettre en cause les conclusions de l'expert (TF, 27 janvier 2009, 9C_480/2008 ; 16 octobre 2008, 9C_142/2008, consid. 2.2 et les références).

Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGa), 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 130 II 425, consid. 2.1 ; 122 II 464, consid. 4a ; 122 III 219, consid. 3c ; 120 Ib 224, consid. 2b ; 119 V 335, consid. 3c et la référence).

c) En l'occurrence, la CNA a fondé sa décision essentiellement sur deux avis d'experts, savoir d'une part celui du Dr C._____, médecin indépendant qui avait été mis en œuvre par un autre assureur auparavant et qui a précisé ensuite son appréciation, dans le cadre de la procédure de décision LAA, de même que, d'autre part, celui du Dr B._____, membre de son propre service médical.

Le recourant conteste le caractère complet de ces avis médicaux, alléguant que ceux-ci n'auraient pas été établis sur la base d'examens complets et qu'ils ne tiendraient dès lors pas compte de l'ensemble de la situation médicale. A l'appui de sa thèse, il évoque le courrier adressé le 31 décembre 2006 par le Dr C._____ à la CNA de même que l'avis médical formulé par le Dr F._____ dans la correspondance qu'il lui a adressée le 13 mars 2007. Ces documents démontreraient, selon lui, la nécessité de procéder à des examens complémentaires avant de pouvoir se prononcer valablement sur la poursuite du versement des prestations d'assurance-accidents.

On ne saurait suivre le recourant dans son raisonnement.

En effet, dans un premier rapport médical établi le 10 mars 2005 (confirmé le 8 novembre 2005), le Dr C._____ a examiné, à titre d'expert indépendant, la situation du recourant de manière tout à fait circonstanciée, sur la base des résultats des divers examens auxquels il avait été procédé de même que de l'ensemble des renseignements médicaux figurant alors au dossier, mentionnés en anamnèse. Pris dans son ensemble, ce rapport d'expertise, mis à part certaines réserves portant sur des examens complémentaires à mener, est complet et ne présente aucune contradiction intrinsèque ; ses conclusions sont sérieusement motivées, explicites et conformes aux faits relatés. Outre les réserves susmentionnées, ce rapport satisfait pleinement aux réquisits jurisprudentiels pour qu'on lui accorde valeur probante. Par la suite, l'expert a, sur la base des résultats des examens complémentaires qui avaient été réservés, précisé ou reformulé certaines des questions décisives. Il s'est prononcé sur la question litigieuse du lien de causalité

naturelle en concluant en définitive que les problèmes respiratoires rencontrés par le recourant n'étaient pas dus à un facteur cardiovasculaire (cf. avis médical du 11 juillet 2006).

Le recourant entend tirer argument du courrier du 31 décembre 2006 dans lequel le Dr C._____ a écrit qu'il fallait tenir compte, dans l'appréciation de la situation, du diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil, dont il précisait ne jamais avoir été informé auparavant, de même que de la présence d'une acidose métabolique à la gazométrie artérielle dont l'origine n'aurait pas été recherchée jusqu'alors. L'on relèvera toutefois que s'il évoque de possibles pistes complémentaires sur le plan médical, le Dr C._____ ne se détermine pas sur l'impact de tels examens sur l'appréciation du rapport de causalité naturelle, qui constitue la seule question litigieuse.

Le Dr B._____ a pour sa part nié la nécessité, pour pouvoir se prononcer valablement sur la question du lien de causalité, de mener des examens complémentaires sur les points évoqués par son confrère, relevant notamment, dans son "appréciation médicale" du 2 février 2007, que le syndrome d'apnées du sommeil et l'acidose métabolique n'avaient aucun rapport de causalité avec les épisodes emboliques vécus par le recourant. Cet avis médical est non seulement corroboré, mais également fondé sur les observations circonstanciées faites par le Dr C._____ dans ses rapports et avis médicaux des 10 mars 2005, 8 novembre 2005 et 11 juillet 2006. En l'absence de motifs propres à mettre en doute le bien-fondé ou encore l'objectivité de cet avis médical, il convient de lui accorder également une pleine valeur probante.

Quant aux rapports médicaux présentés par l'assuré lui-même dans le courant de la procédure de recours, ils ne remettent pas directement en cause les appréciations des Drs C._____ et B._____ puisqu'ils se bornent à discuter de la nécessité d'examens supplémentaires sans toutefois l'établir, ni démontrer en quoi ces examens pourraient être déterminants quant à la question litigieuse du lien de causalité. L'on relèvera du reste que le propre médecin traitant du

recourant, le Dr F._____, a renoncé expressément, conformément à la décision prise au cours du colloque du 16 avril 2008 auquel ont également participé les Drs W._____ et T._____, à mener de nouvelles investigations de type cathétérisme, alors même que cette méthode était au départ présentée comme appropriée ; le Dr F._____ n'a pas non plus rédigé de "rapport final" qui mettrait en doute l'analyse faite par le Dr B._____, rapport pourtant annoncé par le recourant. Enfin, pour ce qui est des examens complémentaires préconisés par le Dr F._____ dans son courrier du 13 mars 2007, force est de constater qu'ils ont pour l'essentiel déjà été menés entre 2004 et 2006 ; or, il n'existe aucun élément démontrant aujourd'hui une quelconque nécessité de les répéter.

Compte tenu de ce qui précède, il se justifie de s'en tenir aux conclusions auxquelles sont parvenus les Drs C._____ (dans son avis du 11 juillet 2006) et B._____, lesquelles se fondent sur des données médicales suffisantes pour apprécier la question du lien de causalité naturelle, sont en soi parfaitement claires et démontrent de manière tout à fait convaincante, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, l'absence de lien de causalité naturelle entre, d'une part, l'accident survenu en 1990 et les complications qui en ont découlé (embolies pulmonaires) et, d'autre part, les problèmes respiratoires dont souffre aujourd'hui le recourant. On peut aussi retenir, au demeurant, que ces troubles s'expliquent plutôt par d'autres aspects de l'état de santé de ce dernier (syndrome obstructif lié à un tabagisme aujourd'hui interrompu de même que syndrome d'apnées du sommeil).

Les éléments au dossier étant, comme on vient de le voir, tout à fait probants pour résoudre, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, la question litigieuse du lien de causalité, l'expertise médicale requise par le recourant se serait révélée superflue (cf. considérant 4 b *in fine*).

d) En définitive, le recours apparaît entièrement mal fondé.

5. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 20 mars 2007 confirmée.

Le présent arrêt peut être rendu sans frais conformément à l'art. 61 let. a LPGA, le recourant n'ayant ni agi de manière téméraire ni témoigné de légèreté.

Aux termes de l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais dans la mesure fixée par le tribunal. En prévoyant que seul *le recourant* qui obtient gain de cause a droit à des dépens, le législateur a clairement entendu exclure l'allocation de dépens à l'assureur social qui obtient gain de cause (Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd., Zurich-Bâle-Genève 2009, ch. 114 ad art. 61 LPGA, p. 791). Cette même solution prévalait d'ailleurs déjà avant l'entrée en vigueur de la LPGA (cf. ATF 126 I 143, consid. 4). Demeure réservé, selon la jurisprudence, le cas où le recourant aurait agi de manière téméraire ou aurait témoigné de légèreté (ATF 127 V 205, consid. 4, critiqué par Kieser, loc. cit.). Comme il a été dit plus haut, tel n'est pas le cas en l'espèce, de telle sorte qu'il ne sera pas alloué de dépens.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 20 mars 2007 par la CNA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Denis Merz, avocat, à Lausanne (pour Z. _____)
- Me Marc-Etienne Favre, avocat, à Lausanne (pour la CNA)
- Office fédéral de la santé publique, Schwarzenburgstrasse 165, 3003 Berne

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :