

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 janvier 2016

Composition : M. DÉPRAZ, président
MM. Métral, juge, et Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Roberto Izzo, avocat, à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représenté par Me Didier Elsig, avocat, à Lausanne.

Art. 9 LAA.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1971, est titulaire d'une formation de peintre sur voitures et de tôlier en carrosserie, acquise dans son pays d'origine.

Il est entré en Suisse en novembre 2005 pour y exercer une activité lucrative et a été employé en qualité de carrossier par le Garage F._____ à [...] dès mars 2006.

B. En date du 27 mai 2008, il a consulté son médecin généraliste traitant, le Dr D._____ auprès du Centre I._____, lui faisant part de ses inquiétudes quant à ses conditions de travail en raison d'une exposition sans protection aux isocyanates.

Le médecin précité a dénoncé cette situation au médecin-conseil de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) par courrier du 28 juillet 2009 au vu d'une possible maladie professionnelle.

Alors que des incapacités de travail itératives avaient été prononcées dès novembre 2008, l'assuré a résilié les rapports de travail avec le Garage F._____ avec effet au 31 juillet 2009.

Sur recommandation du Dr E._____, médecin généraliste au sein du Centre I._____, l'assuré s'est rendu à la consultation du Dr A._____, spécialiste des maladies respiratoires. Ce dernier a communiqué un rapport daté du 19 octobre 2009, après avoir procédé à un examen fonctionnel pulmonaire et une endoscopie des voies respiratoires. Il a libellé ses conclusions en ces termes :

« [L'assuré] présente une spirométrie normale, une diffusion physiologique, alors que la gazométrie met en évidence une tendance à l'hyperventilation chronique qui peut expliquer la dyspnée. Présence d'un état infectieux dans les voies respiratoires supérieures et inférieures et d'une altération au niveau alvéolaire

qui peut être due à l'inhalation de fumée, de corps étranger ou de reflux gastro-œsophagiens. Il est suspecté de présenter un syndrome d'apnées du sommeil et il serait utile de prévoir une polygraphie. »

L'assuré a été engagé à 100% par la Carrosserie H. _____ à [...] à compter du 1^{er} décembre 2009 pour un salaire mensuel de 5'200 fr., majoré _____ à 5'500 fr. dès juillet 2010.

C. L'assuré a été reçu aux fins d'examen, en date du 1^{er} avril 2010, _____ par _____ le Dr C. _____, spécialiste en médecine du travail et en médecine interne auprès de la CNA. Ce médecin a fait part de son appréciation du cas comme suit à l'issue d'un rapport rédigé le 12 avril 2010 :

« Ce peintre-carrossier sur automobiles a présenté des symptômes respiratoires sous forme d'une toux et d'épisodes de dyspnées dans son ancien poste de travail qu'il a occupé durant quatre ans. Les conditions qu'il décrit ont été vérifiées lors de la visite conjointe entre l'Inspection cantonale du travail et la Suva. Il n'y avait en effet pas de moyens de protection individuels ni de cabine de giclage. Les symptômes décrits semblent avoir été provoqués par les propriétés irritatives des peintures.

Dans le poste actuel, les conditions de travail sont décrites comme excellentes. L'assuré dispose de tous les moyens de protection nécessaires et sur le plan technique d'installations performantes aussi bien pour aspirer les fumées de soudure que les poussières de ponçage. De même la cabine de giclage des peintures au pistolet semble répondre à l'état de la technique.

Les examens spirométriques de même que la recherche d'une hyperréactivité bronchique par le test à la méthacholine ne permettent pas de conclure à un asthme professionnel lié à l'exposition aux isocyanates. Nous allons toutefois poursuivre le suivi en réalisant un profil de Peak-flow sur quatre semaines.

Les plaintes spontanément émises consistent en une fatigue accrue et une baisse de l'élan vital et une fatigue dès le réveil. Ces symptômes sont compatibles avec la notion d'apnées clairement décrite par son amie. Nous avons établi un score d'Epworth qui se situe à 9 mais l'ensemble des autres symptômes présents évoque fortement un syndrome des apnées du sommeil. Nous vous laissons le soin de décider d'investigations par une somnographie.

C'est en raison de ces symptômes que [l'assuré] a évoqué son envie de changer de profession en faveur d'une activité moins pénible sur le plan physique. Cependant, il apprécie beaucoup son travail qui se déroule dans des conditions optimales. Avant de prendre une telle décision, nous lui avons suggéré de patienter et d'attendre les conclusions des autres examens en cours.

A ce stade, nous n'avons pas jugé opportun d'organiser une visite du poste de travail. Nous n'avons pas d'éléments évoquant clairement

un asthme aux isocyanates. D'autres investigations doivent être envisagées pour identifier d'autres causes extraprofessionnelles aux symptômes présentés par l'assuré. »

Le Dr C. _____ a complété son rapport le 23 juin 2010, relatant ce qui suit :

« [...] Tout d'abord [l'assuré] a procédé à des mesures de Peak-flow [...]. On observe une grande variabilité des débits de pointe avec généralement des valeurs meilleures le matin et diminuées en fin de journée. Il existe une tendance vers une diminution des valeurs en cours de semaine et une amélioration durant les week-ends.
[...] On peut donc affirmer que [l'assuré] présente une hyperréactivité bronchique se manifestant par un asthme dont l'origine est à mettre en lien avec une exposition importante aux peintures de carrosserie dans son précédent poste de travail [...].
Sur le plan de l'activité dans la Carrosserie H. _____ à [...], les conditions de travail nous paraissent bonnes. La visite a permis d'établir qu'il n'est pas exposé aux vapeurs de peinture à base d'isocyanates. En effet ces travaux se font exclusivement dans la cabine de peinture. L'activité de [l'assuré] se limite aux activités de tôlerie.
Les ponceuses sont équipées d'une aspiration locale et le patient prend la précaution de porter un masque à poussière de degré P2 durant les opérations produisant de la poussière.
[L'assuré] est conscient des bonnes conditions de travail actuelles et est d'accord de poursuivre son activité dans cette entreprise, bien qu'il soit inquiet sur l'évolution de sa maladie. [...] »

Il a par ailleurs précisé ce qui suit :

« [...] Sur la base de l'anamnèse, de l'absence d'antécédents respiratoires ou d'autres facteurs défavorables sur la fonction respiratoire (excepté un tabagisme extrêmement réduit à 2 à 3 cigarettes quotidiennes), le diagnostic d'asthme bronchique d'origine professionnelle peut être retenu en raison des très mauvaises conditions de travail menées durant 4 ans d'activité [...].
Par conséquent, nous proposons de reconnaître cette maladie comme origine professionnelle en imputant le cas à son précédent employeur. Actuellement, comme les conditions de travail sont jugées bonnes et ne comportent pas de d'exposition aux isocyanates, nous renonçons à prononcer une DIN [réd : décision d'inaptitude].
Sur le plan respiratoire, la situation n'est pas encore normalisée puisque l'assuré éprouve encore des troubles respiratoires bien documentés par des débits de pointe réalisés avec soins et qu'il a besoin d'un traitement de corticoïde et bronchodilatateur topiques. [...] »

Compte tenu des incapacités de travail attestées en faveur de l'assuré dès le 10 mai 2010, son employeur a formellement annoncé le cas à la CNA par dépôt d'une déclaration de sinistre en date du 20 juillet 2010.

L'assuré a été revu en consultation par le Dr C. _____ le 12 août 2010, qui a établi son rapport le 19 août 2010, notamment en ces termes :

« [...L']évolution n'est malheureusement pas favorable avec la persistance de de phénomène broncho-obstructif en relation avec l'activité professionnelle. [...]

Par rapport au résultat du 1^{er} avril 2010, l'hyperréactivité est donc moins prononcée.

Par contre, on observe clairement une respiration sifflante, audible à la bouche, et des sibilances lors de l'expiration forcée à l'auscultation pulmonaire à la fin du test.

[L'assuré] arrive à la conclusion après une période d'observation qu'il ne pourra pas reprendre une activité de peintre en carrosserie.

Au vu du risque de l'aggravation de l'état de santé, il convient donc de rédiger une décision d'inaptitude pour tout travail exposant à des peintures de carrosserie de type isocyanate. [...] »

Par demande formelle du 7 septembre 2010, l'assuré a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

La CNA a établi une décision d'inaptitude à tout travail avec exposition aux isocyanates en faveur de l'assuré, ce avec effet immédiat, en _____ date _____ du 4 octobre 2010.

La Carrosserie H. _____ a résilié le contrat de travail la liant à l'assuré par courrier du 12 octobre 2010 avec effet au 30 novembre 2010.

Par décision du 9 novembre 2010, la CNA a mis l'assuré au bénéfice d'indemnités journalières de transition du 1^{er} décembre 2010 au 31 mars 2011, tandis que l'OAI lui a accordé des cours de français au titre de mesures d'intervention précoce. Cet office a par ailleurs pris en charge les frais de traduction des diplômes et certificats portugais en vue d'une demande d'équivalence auprès de l'office fédéral compétent. En outre, l'assuré s'est vu octroyer une mesure d'orientation professionnelle auprès du Garage P. _____ à [...] à compter du 2 mai 2011, suivie d'une formation pratique dans cette entreprise du 18 juillet 2011 au 31 janvier 2012. Cette formation a été assortie de cours

de gestion des stocks et d'un coaching en bureautique sous suite de versement d'indemnités journalières - dont des indemnités journalières d'attente - dès le 21 mai 2011.

En date des 21 novembre 2011 et 6 décembre 2011, l'assuré a été examiné par le Dr K._____, spécialiste en pneumologie, qui a établi son rapport final le 22 décembre 2011, retenant les diagnostics suivants :

- Syndrome d'hyperventilation chronique
- Surinfection des voies respiratoires inférieures chez un patient connu pour des bronchectasies discrètes au niveau du lobe moyen et de la lingula [...]
- Pan sinusite chronique associée à des formations polypôides maxillaires bilatérales et de la cavité nasale [...]
- Asthme bronchique avec composantes professionnelles chez un patient avec :
 - Status après exposition aux isocyanates
 - Hyperréactivité bronchique légère au test de provocation à la métacholine [...]
 - Actuellement spirométrie et pléthysmographie normales
- Syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré moyennement sévère [...] avec :
 - Traitement par prothèse mandibulaire.

Il a en outre précisé ce qui suit :

« [...L'assuré] ne se plaint plus de toux ni d'expectoration. Il a développé par contre 2 épisodes de dyspnée paroxystique, à chaque reprise lorsqu'il a eu l'impression d'être exposé à des odeurs qui provenaient du garage. A chaque reprise, il a développé une intense symptomatologie végétative et un état de panique. L'anamnèse est hautement suggestive pour des crises d'hyperventilation dans un contexte de syndrome d'hyperventilation chronique. Ce diagnostic, déjà évoqué dans le passé, est confirmé par la gazométrie qui objective une hyperventilation chronique. Par examens de laboratoire, j'ai raisonnablement écarté une surinfection des voies respiratoires et des embolies pulmonaires. J'ai pu rassurer votre patient sur la bénignité de cette symptomatologie. Je lui ai prescrit des séances de physiothérapie respiratoire (kinésithérapie) qui devraient permettre d'obtenir un certain soulagement. Si ce n'était pas suffisant, comme discuté lors de notre entretien téléphonique, un anxiolytique pourrait entrer en considération voire une prise en charge psychologique. [...] »

Faute d'avoir été engagé par le Garage P._____ à l'issue du reclassement en entreprise, l'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure d'aide au placement par l'OAI selon communication du 25 janvier 2012.

Dans l'intervalle, il s'est inscrit auprès des organes de l'assurance-chômage.

D. Compte tenu d'arrêts de travail prononcés par le Dr E. _____ du
du
3 au 8 février 2012, ainsi que du 6 au 25 mars 2012, la Caisse de chômage compétente a fait parvenir à la CNA une déclaration de sinistre complétée le
le
1^{er} mars 2012, motif pris d'une « rechute suite à des problèmes de poumons ».

Le Dr E. _____ a précisé à l'attention de la CNA, dans un rapport médical du 27 mars 2012, que les arrêts de travail attestés par ses soins étaient consécutifs à un « malaise, dyspnée au travail » dans le contexte de « la maladie professionnelle connue ».

Par avis du 5 avril 2012, le Dr C. _____ a requis une enquête au poste de travail occupé par l'assuré, laquelle a été réalisée le 13 avril 2012 auprès du Garage P. _____. Les constats ci-dessous ont été consignés dans le rapport corrélatif du même jour :

« Mon interlocuteur se rappelle très bien de notre assuré qui lui avait fait part de ses problèmes de santé.
Durant tout son stage, entre le 18.07.11 et le 31.01.12, le prénommé a été occupé principalement à l'accueil, à savoir dans le bureau de la réception, où il recevait les téléphones des clients, fixait les rendez-vous pour les changements de pneus, fournissait des renseignements au sujet des prix, etc, recevant aussi les clients au guichet. Celui-ci est ouvert sur l'atelier, avec déplacements rapides possibles par la porte du bureau jusqu'à l'atelier. A l'automne, lorsqu'il y a affluence de clients pour les pneus à neige, il se tenait souvent dans l'atelier pour rapidement établir une fiche de travail concernant chaque véhicule entrant, en vue de la facturation, passant de l'un à l'autre tout au long des 5 à 6 postes de travail installés en parallèle. Il n'effectuait pas de travaux pratiques sur pneus, roues, ni mécanique. La halle mesure bien 25m de long par 15 de profondeur et 8 de hauteur. En hiver, les grandes portes ne sont ouvertes que pour laisser le passage aux véhicules des clients. L'été, elles restent pratiquement toujours ouvertes. Il règne forcément une odeur de caoutchouc, les pneus étant stockés à l'arrière de la halle de travail mais qui est tout à fait supportable et pas inconfortable, normalement.

Les voitures entrent toujours en avant et leur moteur est tout de suite arrêté. Les gaz s'échappent donc encore lorsque la porte est ouverte.

A l'opposé du bureau de la réception, à l'extrémité de la halle, se trouvent deux postes de travail pour travaux de mécanique simple, changement de pots d'échappement et de plaquettes de freins. [...] Ces produits ne sont sprayés que par petites touches et pas systématiquement utilisés.

Au cours de leur activité commune, a eu constaté que notre assuré toussait par moments et sortait prendre l'air. Il avait généralement une « pompe ». Il reprenait ensuite son travail. A 2-3 reprises, l'intéressé s'était rendu à [...], juste en face de l'atelier, sa crise ayant été un peu plus forte.

Mon interlocuteur a été victime d'un infarctus le 5.11.11. Lorsque notre assuré a appris ce fait le lendemain au bureau, il a présenté une crise d'angoisse, semble-t-il. N'ayant pas sa « pompe » sous la main, il a dû aller consulter et a manqué quelques jours.

A son avis, il peut y avoir des odeurs occasionnelles, autres que celle du caoutchouc, mais aussi des chocs émotionnels à l'origine des troubles que présente l'intéressé. L'atmosphère dans l'entreprise n'occasionne pas de troubles à d'autres employés, à sa connaissance.

Relève que la Direction est très à cheval sur les normes de sécurité à respecter. »

Le Dr C. _____ s'est exprimé sur le cas de l'assuré à la même date et a pris en considération les éléments suivants :

« Cet assuré, connu pour un asthme professionnel aux isocyanates, avait présenté des épisodes de dyspnée paroxystique les 07.11.2011, 02.12.2011 et 07.03.2012. Il invoquait une relation entre ces épisodes et une impression d'être exposé à des odeurs présentes dans un garage. [...]

Nous apprenons tout d'abord que [l'assuré] a fait un stage du 18.07.2011 au 31.01.2012. L'épisode du 07.11.2011 est survenu le lendemain de l'épisode d'infarctus survenu chez M. [...]. Une composante psychologique a sans doute joué un rôle primordial dans ce déclenchement, lors de l'annonce de cette nouvelle. De plus, l'assuré n'avait pas de bronchodilatateur immédiatement à portée de main.

Concernant l'épisode du 02.12.2011, nous n'avons pas d'élément permettant d'établir un lien avec l'activité professionnelle. [...]

Il nous manque par contre des informations au sujet de l'activité que l'assuré aurait effectuée depuis la fin de ce stage. [...] »

L'inspecteur de la CNA a rencontré l'assuré le 23 avril 2012 et retranscrit les propos de ce dernier ainsi :

« Par le biais de l'AI, j'ai été placé en stage chez P. _____ à [...], de juillet 2011 à fin janvier 2012. Mon activité consistait à accueillir les clients, à répondre au téléphone, à remplir les fiches techniques et à préparer la facturation. Je me tenais dans le bureau mais me rendais aussi dans la halle pour remplir les fiches. On y sentait l'odeur du

caoutchouc mais cela n'était pas gênant. Il n'y avait pas de solvants. A la fin du stage, cet employeur ne pouvait pas m'engager. Je me suis annoncé au chômage dès le début de février et par le biais de l'ORP [réd. : Office régional de placement], j'ai commencé à suivre une formation d'Assistant administratif, dès le 5.3.12, sur 6 mois, à [...] chez R._____. Ces cours se donnent de 0800 à 1200 puis de 1300 à 1700, 5 jours par semaine. Je suis payé par la Caisse [...] de chômage. Dans l'attente d'une décision de la SUVA, cette caisse ne m'a pas indemnisé durant mes périodes d'arrêt de travail, dès mars 2012. La SUVA m'a indemnisé jusqu'en février dernier seulement. Je dois préciser que je suis valide physiquement mais toujours ennuyé par des crises respiratoires, qui me tombent dessus n'importe quand.

Le fait de me trouver dans un local fermé, spécialement si le temps change et devient humide ou s'il fait très chaud, j'éprouve soudainement des difficultés à respirer normalement. Dans ces situations, il me faut rapidement prendre du Ventolin, ce qui me calme un peu. Toutefois, ne pouvant plus respirer à fond, je commence à paniquer et suis contraint de consulter. (Dans le même temps, je suis souvent sujet à une baisse de tension.) C'est ce que j'ai fait à [...], lorsque j'étais chez P._____, juste en face, notamment le 21.10.11 puis les 7.11. (crise plus forte) et 2.12.11. Là, on se limitait à me mettre un masque à oxygène avec cortisone et Ventolin. Après 1h, j'étais apte à ressortir, ayant déjà récupéré un peu. J'ai tout de même consulté ensuite mon médecin de famille, le Dr E._____ et quelques fois aussi le spécialiste, le Dr K._____, qui m'a prescrit des séances d'entraînement respiratoire, [...]. J'ai déjà suivi 3 fois 9 séances, de façon suivie tant que ça ne va pas puis que je garde en réserve pour une nouvelle crise. Dans certains cas, le médecin doit procéder à une piqûre de cortisone pour me tranquilliser sur quelques jours.

Le 7.3.2012, j'ai été sujet à une nouvelle crise, alors que je suivais mes cours. Il m'a fallu sortir du cours pour me rendre rapidement à nouveau à [...], étant déjà connu là-bas. Enfermé un moment, je deviens blanc, sent venir une nouvelle crise, commence à paniquer. Il me faut alors sortir prendre l'air, tout en prenant mon Ventolin, ce qui ne suffit souvent pas. En mars, une incapacité totale m'a été reconnue du 6 au 25.03.12. En plus des difficultés respiratoires, je suis sujet à une baisse de tension ainsi qu'à des maux de tête, me sentant parfois très mal. C'est ce qui peut justifier quelques jours d'incapacité pour me permettre de récupérer.

La crise dont j'ai été victime en février 2012 s'était produite alors que je me trouvais à domicile, sans emploi, sans occupation particulière. Je m'inquiète de cette situation, demandant toujours au médecin si cela va guérir. [...] »

Aux termes d'une appréciation médicale du 27 avril 2012, le Dr C._____ s'est prononcé comme suit :

« [...] Ces symptômes correspondent au syndrome d'hyperventilation chronique déjà cité par le Dr K._____ et pour lequel des séances de physiothérapie respiratoire ont été prescrites. Sur le plan de la reconnaissance comme maladie professionnelle, nous savons que cet assuré a présenté un asthme aux isocyanates

et qu'il présente une hyperréactivité légère lors d'un test effectué en août 2010.

A la fin 2011, il a présenté également une surinfection récidivante des voies respiratoires inférieures dans le cadre de broncheectasies discrètes au niveau du lobe moyen et de la lingula et une pan sinusite. Dans ce contexte infectieux, il est possible que la réactivité bronchique se soit aggravée. Toutefois, sur le plan professionnel, nous ne trouvons pas d'explication pour les dernières crises dyspnéiques puisqu'il n'y avait pas d'exposition à des irritants respiratoires chez P._____, ni bien entendu durant le stage de formation comme assistant administratif.

Je parviens à la conclusion que bien que les crises sont bien réelles et qu'elles ont été observées et traitées par des médecins différents, elles sont provoquées par l'hyperventilation chronique chez un patient particulièrement sensible et anxieux.

Toutefois, ces crises ne sont pas causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'activité professionnelle et ne sont pas reliées avec l'asthme aux isocyanates. Par conséquent, la prise en charge n'incombe pas à l'assureur LAA, mais à l'assurance maladie.

Au sujet de l'avenir professionnel de cet assuré, il faudrait, compte tenu des difficultés à rester dans un local fermé formulées par [l'assuré], lui proposer une activité en plein air. »

E. La CNA a établi une décision le 1^{er} mai 2012, refusant la prise en charge des suites financières de l'incapacité de travail prononcée en mars 2012, motif pris de l'absence de réalisation des « conditions requises pour l'octroi de prestations ».

L'assuré, avec l'assistance de son mandataire, Me Roberto Izzo, a formé opposition contre la décision précitée par acte du 1^{er} juin 2012, concluant à son annulation, ainsi que principalement à l'octroi d'une rente entière et subsidiairement à la reconnaissance de son droit à des indemnités journalières des suites de traitement ou de mesures de réadaptation. Il a estimé que les troubles respiratoires l'affectant étaient en relation directe avec l'exposition aux produits chimiques au cours de son emploi auprès du Garage F._____. Il a par ailleurs suggéré la mise en œuvre d'un complément d'instruction médicale.

Par décision du 3 juillet 2012, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité pour changement d'occupation compte tenu de la décision d'inaptitude du 4 octobre 2010 en lien avec les travaux impliquant une exposition aux isocyanates. Compte tenu du concours de prestations d'autres assurances sociales, un solde de 24'383 fr. 80 serait versé pour la

période du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012. Pour la période subséquente s'étendant du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2013, un montant annuel de 15'681 fr. 94 avait été déterminé, lequel serait acquitté par mensualités de 1'306 fr. 85.

L'assuré a séjourné au sein du Service de pneumologie de l'Hôpital N. _____ du 23 juillet 2012 au 4 août 2012, où un rapport de sortie _____ a été rédigé le 3 septembre 2012. Les spécialistes concernés ont fait part de leurs conclusions en ces termes :

« [...] Les fonctions pulmonaires répétées pendant le séjour sont dans la norme mais avec une réversibilité variable après Ventolin. Les valeurs de Peak-Flow sériées montrent un léger abaissement principalement le soir. Afin d'obtenir un effet maximal du traitement inhalé nous remplaçons le Seretide par le Symbicort, espérant obtenir un bénéfice de l'action rapide du formotérol. Toutefois, il n'y a pas d'amélioration par la suite. Le Ventolin en réserve est poursuivi ainsi que le Singulair introduit il y a 1 mois, sous lequel [l'assuré] rapporte une amélioration significative de la dyspnée. A plusieurs reprises pendant le séjour, [l'assuré] ressent une péjoration transitoire de sa gêne respiratoire sans modification fonctionnelle objectivée. Une composante de dysfonction des cordes vocales et d'hyperventilation est suspectée. Un contrôle du mode ventilatoire est enseigné et semble bénéfique à la fin du séjour. Au chapitre des facteurs aggravants l'asthme, nous suspectons un reflux gastro-œsophagien en raison d'épigastalgies. Un inhibiteur de la pompe à proton est débuté. [L'assuré] fume également 3-5 cigarettes par jour et ne semble pas motivé pour un sevrage. Nous insistons sur l'importance capitale d'une abstinence tabagique et proposons une substitution nicotinique. Concernant le syndrome d'apnées du sommeil (SAS) traité par une prothèse d'avancement mandibulaire (PAM), le patient rapporte une utilisation inconstante de son dispositif. Une polygraphie respiratoire nocturne diagnostique sous PAM révèle un index d'apnées/hypopnées (IAH) à 21, témoignant de l'inefficacité de cette dernière. [L'assuré] n'est pas désireux d'un essai de CPAP [réf. : continuous positive airway pressure] pendant le séjour et en discutera avec vous-même. [...] »

La CNA a rendu sa décision sur opposition le 1^{er} octobre 2012, rejetant les conclusions formulées par l'assuré et maintenant sa décision du 1^{er} mai 2012. Après avoir rappelé le contexte des activités professionnelles déployées par l'assuré dès 2010, elle a retenu que ce dernier n'avait pas été exposé à des irritants respiratoires susceptibles d'expliquer les crises dyspnéiques survenues dès fin 2011 et déduit que

ces crises n'étaient pas causées de manière exclusive ou nettement prépondérante par l'activité professionnelle. Elle a souligné que les crises affectant l'assuré relevaient vraisemblablement d'une hyperventilation, précédemment évoquée par le Dr K._____, ainsi que l'avait estimé le Dr C._____.

F. Représenté par Me Izzo, l'assuré a déféré la décision sur opposition du 1^{er} octobre 2012 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 1^{er} novembre 2012, concluant à son annulation. Après avoir requis préalablement la mise en œuvre d'une expertise judiciaire destinée à déterminer l'origine de ses troubles respiratoires, il a conclu à titre principal à l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement au bénéfice d'indemnités journalières ou de « toutes autres prestations » dès le 1^{er} mars 2012, ainsi que plus subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire sur le plan médical. Sur le fond, il a rappelé avoir été exposé durablement aux isocyanates lors de son emploi auprès du Garage F._____ et présenté des troubles respiratoires depuis lors, alors qu'il jouissait auparavant d'une santé parfaitement préservée. Dans la mesure où ses facultés respiratoires avaient été atteintes suite à l'exposition aux produits incriminés, il lui apparaissait que les crises dyspnéiques observées depuis 2012 étaient en lien de causalité exclusive ou nettement prépondérante avec la maladie professionnelle précédemment reconnue par la CNA. Dans ce contexte, l'assuré a fait grief à la CNA de s'être fondée uniquement sur l'avis - à son sens peu étayé - de son médecin-conseil pour refuser ses prestations dès mars 2012, qui plus est alors que le Dr C._____ avait procédé à une appréciation « juridique » qui excéderait son champ de compétences.

L'intimée, représentée par Me Didier Elsig, a produit sa réponse au recours le 11 février 2013, concluant à son rejet. Elle a concédé que le recourant présentait une « hyperréactivité bronchique se manifestant par un asthme [...] à mettre en lien avec une exposition importante aux peintures de carrosserie », rappelant que cette atteinte avait justifié la décision d'inaptitude du 4 octobre 2010. Cela étant, les

dernières crises dyspnéiques observées dans le cas du recourant n'étaient aucunement expliquées sur le plan professionnel, ce qui permettait d'exclure une cause professionnelle exclusive ou nettement prépondérante. Le recourant procédait à cet égard d'un raisonnement « post hoc ergo propter hoc » impropre à démontrer ses allégués. En outre, l'avis du Dr C. _____ était, de l'avis de la CNA, suffisamment motivé et reposait pour l'essentiel sur les pièces médicales convergentes versées à son dossier. Était annexé un tirage de l'intégralité du dossier de l'assuré, où figurait un nouvel avis du Dr C. _____, daté du 12 novembre 2012 et libellé ainsi, eu égard au rapport établi par l'Hôpital N. _____ :

« [...] A la lecture du rapport d'hospitalisation (23 juillet au 04 août 2012), nos confrères retiennent un asthme sur la base de réversibilité variable après Ventolin® et de légers abaisssements principalement vespéraux du Peak-Flow. Ils relèvent toutefois que les spirométries répétées durant le séjour se situent encore dans la norme. Ils ont modifié le traitement en substituant le Seretide® par le Symbicort® afin d'avoir un effet plus rapide du bronchodilatateur. L'assuré note une amélioration après l'introduction du Singulair®. Le séjour a permis également de clarifier les épisodes de gênes respiratoires transitoires ressenties par l'assuré et pour lesquels il n'a jamais été possible de mettre en évidence un abaissement objectivé des valeurs spirométriques. Ceci confirme un autre phénomène fonctionnel tel qu'un dysfonctionnement des cordes vocales et une hyperventilation. Il n'est pas impossible également qu'un reflux gastro-œsophagien puisse aggraver l'asthme. On retiendra que cet assuré est peu enclin à modifier son style de vie. En particulier, il n'est pas motivé pour un sevrage tabagique, ni pour un essai de traitement par CPAP nasal puisqu'il présente également un syndrome d'apnée du sommeil, non résolu par une prothèse d'avancement mandibulaire de toute manière portée de façon aléatoire. En conclusion, cette hospitalisation est extrêmement utile pour la gestion du dossier dans le contexte juridique actuel. Elle a permis de clarifier clairement l'absence de relation objective entre les symptômes ressentis par l'assuré et les valeurs objectives des fonctions pulmonaires. Ceci nous donne des arguments pour consolider notre position. [...] »

Le recourant a répliqué le 17 septembre 2013 et maintenu ses conclusions, tout en se basant sur un rapport d'expertise privée annexé à son écriture, rédigé le 11 juillet 2013 par le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne, pneumologie, allergologie et immunologie clinique. Ce dernier a répondu aux questions posées comme suit :

« [...] Actuellement, alors que [l'assuré] n'a pas d'activité professionnelle, persiste un état respiratoire fluctuant. Il se décrit

comme « pas bien » avec une sensation de manque d'air et tend à rester à domicile où il utilise du Ventolin assez régulièrement en plus du Symbicort 200/6 2x/j et du Singulair 10 mg 1x/j. A ce propos, je retiens la description de crise dans le rapport de la SUVA du 23.04.2012 où le patient rapporte des épisodes de dyspnée survenant dans des locaux fermés, lors de changements de temps accompagnés d'un état d'angoisse et de pâleur.

Au cours de ces dernières années, le patient ne signale pas avoir présenté des crises de dyspnée nocturne, un stridor ou des douleurs thoraciques. Je note, par contre, et peut-être pour la première fois en 2013 une rhinoconjonctivite en février-mars ainsi qu'une tendance à la rhinite et à la gêne respiratoire lors d'exposition à la poussière domestique.

2. Quel est le status physique actuel de [l'assuré] ?

Patient en bon état général pesant 77 kg pour 164 cm. La saturation à l'air ambiant est normale à 97%. La fréquence cardiaque est régulière à 102/minute. La tension artérielle est à 120/80 mmHg. L'augmentation thoracique, la percussion et l'auscultation pulmonaire sont physiologiques. L'auscultation cardiaque est normale. La sphère ORL est calme. Volumineuses amygdales bilatérales. Cou court. Pas de lésion cutanée.

3. Quel est le diagnostic que vous pouvez établir ?

Le patient présente plusieurs problèmes respiratoires ou ayant un effet sur sa respiration et qui sont intriqués :

a) Même si l'hyperactivité bronchique décelée au début de ses symptômes était modérée et qu'il n'y avait pas d'anticorps spécifiques contre les isocyanates, on peut retenir, sur la base de l'anamnèse, d'une exposition sévère avérée et des mesures de peak flow faites sur sa place de travail, un asthme d'origine professionnelle en rapport avec l'exposition à des peintures de carrosserie et aux isocyanates. Depuis lors, persiste une hyperréactivité bronchique malgré l'absence d'exposition démontrée par des tests de provocation à la méthacholine, dont le dernier date de septembre 2012. Cette hyperréactivité peut favoriser des bronchospasmes lors d'exposition à différents irritants respiratoires sans lien avec les peintures de carrosserie.

b) Le patient présente des bronchectasies au niveau du lobe moyen et de la lingula dont l'origine est indéterminée. Comme le patient n'avait pas de plainte respiratoire avant de travailler dans la première carrosserie, il est possible qu'il ait développé des bronchectasies dans le cadre de son asthme professionnel. Ceci ne peut pas être prouvé mais suspecté puisque habituellement les bronchectasies sont associées à une toux itérative souvent productive ce dont le patient ne s'est jamais plaint auparavant. Les bronchectasies représentent une atteinte respiratoire irréversible.

c) A plusieurs reprises, le patient a développé des épisodes de dyspnée aiguë ou paroxystique qui ont été attribués à une aggravation de son asthme. Cependant, les rapports n'indiquent pas clairement qu'il s'agissait d'exacerbations de l'asthme (caractérisés par un wheezing [sifflements respiratoires audibles à l'oreille], des sibilances [sifflements audibles au stéthoscope], une augmentation de l'expirium, une toux voire, en cas de crise importante, une baisse du taux d'oxygène pouvant être accompagnée d'une baisse du taux

de gaz carbonique). Des documents que j'ai pu consulter, on note à plusieurs reprises une composante de syndrome hyperventilation (respiration inappropriée aux besoins physiologiques) accompagnée d'une importante anxiété que le patient reconnaît. Cette manifestation n'est pas liée directement à l'exposition aux isocyanates mais peut avoir été favorisée par l'anxiété qu'avait produite l'asthme dans le cadre de son activité professionnelle.

d) [L'assuré] présente une anamnèse de reflux gastro-œsophagien qui persiste occasionnellement malgré la prise d'un traitement adéquat. Le reflux gastro-œsophagien peut, en soi, aggraver une hyperactivité bronchique et ceci n'est pas lié directement à l'exposition aux isocyanates.

4. S'il existe des troubles respiratoires, ceux-ci sont-ils en lien de causalité avec l'exposition aux produits chimiques qu'il a subie lors de son emploi en qualité de carrossier auprès du Garage F. _____ à [...] ?

a) Les troubles respiratoires encore présents et qui pourraient être liés à l'exposition aux peintures de carrosserie qu'il a subie sont : des broncheectasies bilatérales et une hyperréactivité bronchique persistante. Toutefois, ces possibles séquelles de son exposition ne paraissent pas très symptomatiques.

b) Les épisodes de dyspnée paroxystique que le patient a présentés peuvent être liés à des épisodes d'hyperventilation aiguë et/ou à des épisodes de bronchospasmes dans le cadre d'une exposition à des irritants non spécifiques. Ils ne sont pas en lien direct avec son ancienne exposition.

b) Les plaintes respiratoires que le patient rapporte encore actuellement et qui sont caractérisées par une dyspnée avec malaise général pouvant même survenir au repos, ne sont probablement pas en rapport avec les broncheectasies ni avec l'exposition aux peintures de carrosserie subie mais plutôt avec un syndrome d'hyperventilation chronique et un état anxieux. Ces derniers ne sont pas directement liés à l'exposition à des toxiques respiratoires. Une crise d'hyperventilation s'accompagne souvent d'un état d'angoisse et peut entraîner une exacerbation d'un asthme dans certains cas.

5. Cette causalité est-elle exclue/probable/certaine ?

Concernant le point a) de la question 4, la causalité est probable. Concernant les points b) et c) la causalité directe est improbable. Par contre, il est probable que les manifestations respiratoires présentées durant son exposition aux peintures de carrosserie ont entraîné un état d'anxiété et favorisé le développement d'un syndrome d'hyperventilation chronique.

6. Existe-t-il d'autres facteurs qui pourraient être à l'origine des affections dont souffre actuellement [l'assuré] ? Dans l'affirmative, ces autres facteurs auraient-ils pu à eux seuls provoquer les affections dont souffre à ce jour [l'assuré] ou ne sont-elles qu'un facteur aggravant ?

A ma connaissance non.

7. Quelles sont les conséquences et les limitations fonctionnelles inhérentes à l'état de santé actuel de [l'assuré] ?

Actuellement, les crises de dyspnée entraînent un état d'anxiété chez [l'assuré] et un repliement sur lui-même.

[...]

10. Une amélioration de l'état de santé de [l'assuré] est-elle possible ?

Une prise en charge psychothérapeutique avec une physiothérapie de réadaptation respiratoire associée à une anxiolyse pourrait permettre une amélioration de l'état de [l'assuré] et peut-être de reprendre une activité professionnelle. Il faudra évaluer l'évolution de l'hyperactivité bronchique dont les conséquences pourraient rester modestes en l'absence d'exposition à des irritants respiratoires.

[...]

12. Quel est votre pronostic quant à l'évolution de l'affection subie par [l'assuré] ?

En reprenant les différentes atteintes mentionnées au point 3, l'asthme professionnel est permanent et l'exposition aux isocyanates doit être formellement proscrite. Les bronchectasies sont irréversibles mais leur taille est très modeste. En soi, en l'absence d'un facteur favorisant tel que l'était son exposition professionnelle, elle ne devrait pas évoluer à moins d'une maladie génétique sous-jacente très peu probable (mucoviscidose, dyskinésie ciliaire).

Le syndrome d'hyperventilation chronique peut être plus difficile à traiter mais dans mon expérience, la grande majorité des patients s'améliore avec une prise en charge spécialisée. Dans l'ensemble, il n'y a pas de facteur laissant penser que l'évolution du patient serait défavorable. J'ai peu évoqué dans cette expertise le rôle du syndrome d'apnée obstructive du sommeil qui a été mis en évidence et confirmé par deux polygraphies. Celui-ci peut affecter la qualité de vie du patient en raison de l'hypersomnolence diurne qu'il peut induire et de l'augmentation des facteurs de risques cardiovasculaires. Cependant, le syndrome d'apnée obstructive du sommeil est sans lien avec le problème respiratoire du patient.

13. En fonction des expertises médicales déjà effectuées, pouvez-vous indiquer des raisons pour lesquelles vous vous distancedez de leurs conclusions ou, à l'inverse, les raisons pour lesquelles vous vous ralliez à l'opinion de l'une plutôt qu'à celle de l'autre ?

Concernant le litige entre la SUVA et le patient qui porte sur la reconnaissance d'un lien entre l'exposition professionnelle aux peintures de carrosserie et les arrêts de travail survenus au printemps 2012 alors que le patient n'était plus exposé je me permettrai les commentaires suivants :

L'asthme professionnel que présente ce patient s'est développé en rapport avec une exposition à des doses élevées de peintures de carrosserie. Après arrêt de l'exposition, l'asthme n'est plus censé survenir à moins qu'il y ait d'autres facteurs aggravants ou associés. Dans ce sens, les épisodes de dyspnée paroxystique survenus au printemps 2012 ne peuvent pas être directement attribués à l'asthme professionnel. Cependant, il y a trois points qui paraissent directement secondaires à l'exposition professionnelle soit une hyperactivité bronchique persistante, des bronchectasies bilatérales et un syndrome d'hyperventilation chronique probablement attribuable à l'anxiété induite par les épisodes de dyspnée lorsqu'il

travaillait à la carrosserie de [...] chez une personne de nature anxieuse. [...] »

Par duplique du 22 novembre 2013, l'intimée s'est référée à un avis complémentaire du Dr C. _____ du 22 octobre 2013, dont un tirage était joint, pour maintenir ses conclusions telles que précédemment communiquées. Le Dr C. _____ a en effet commenté ainsi les observations du Dr L. _____ :

« [...] 1. L'asthme professionnel :

J'aimerais préciser que ce diagnostic a été posé sur l'objectivation d'une hyperréactivité bronchique de degré modéré le 01 avril 2010 puis de degré léger le 19 août 2010, ainsi que sur la base de mesures de débits de pointe (Peak-Flow). Me Roberto Izzo mentionne un test d'hyperréactivité bronchique effectué en septembre 2012 (page 2/5) qui ne figure pas au dossier. Il faudrait donc que Me Izzo nous fournisse ce résultat afin de connaître le degré d'hyperréactivité bronchique.

D'autre part il faut relever qu'objectivement des crises d'asthme n'ont pas pu être démontrées. En effet, les fonctions pulmonaires et le dosage du FeNO [réd : fraction expirée du monoxyde d'azote] chez le Dr K. _____ le 09 novembre 2011 se situaient dans la normalité. Durant l'hospitalisation à l'Hôpital N. _____ du 23 juillet au 24 août 2012, les crises de dyspnée ressenties par le patient n'étaient pas corrélées à des changements de saturation significatifs. Enfin, les rapports médicaux établis lors des consultations ambulatoires pour des crises dyspnéiques ne montraient pas clairement de signes objectifs de bronchospasme (wheezing, sibilances, de la toux, une prolongation de l'expirium).

2. Les bronchectasies sont présentes mais discrètement car elles ne sont pas visibles à la radiographie standard du thorax mais uniquement sur les coupes de scanner thoraciques. L'expert relève qu'elles peuvent être en relation avec un asthme mais sans que l'on puisse en apporter la preuve. Si le caractère irréversible des bronchectasies est admis, cela ne signifie pas pour autant qu'il s'agisse d'une affection grave puisque dans ce cas elles sont discrètes et limitées.

3. Les épisodes de dyspnée paroxystique peuvent être liés à des épisodes d'hyperventilation et/ou à des bronchospasmes (ce qui n'a pas été formellement objectivé) et qui ne sont pas en lien avec son ancienne exposition (paragraphe 4b de l'expertise).

4. Le patient présente un reflux gastro-œsophagien qui peut en soi aggraver une hyperréactivité bronchique. Cette affection n'est bien sûr pas en lien avec l'exposition aux isocyanates.

5. Il faut relever également que d'autres pathologies ont été reléguées au second plan :

Le syndrome des apnées du sommeil peut provoquer des symptômes non spécifiques décrits comme « ne pas se sentir bien »

(dixit [l'assuré]) et provoquer des symptômes dépressifs (repli sur soi).

Le tabagisme, certes modéré selon les dires du patient, s'étend tout de même durant 14 ans (de l'âge de 28 ans à 42 ans).

En conclusion, l'expertise, par ailleurs bien conduite et détaillée rédigée par le Dr L. _____, n'est pas en contradiction fondamentale avec mes conclusions. A la faveur de l'assuré, l'expert retient qu'il est probable que les manifestations respiratoires présentées durant l'exposition aux peintures de carrosserie ont entraîné un état d'anxiété et favorisé le développement d'un syndrome d'hyperventilation chronique. Etant donné que les conditions de travail problématiques en terme d'exposition pour les voies respiratoires se sont terminées en juillet 2009, on s'attendrait au minimum à une légère amélioration de l'état de santé plus de 4 ans après la fin de l'exposition. Je ne parviens pas aux mêmes considérations [que] Me Izzo lorsqu'il affirme que son client souffre d'une « unité relevant du même processus dégénératif induit par l'inhalation de substances nocives et donnant lieu à un certain nombre de symptômes et de séquelles dont certaines sont irréversibles ». Une composante psychologique est certainement significativement présente dans la dyspnée ressentie subjectivement et je souscris pleinement aux recommandations de l'expert pour une prise en charge psychothérapeutique et physiothérapeutique spécialisées afin de venir à bout du syndrome d'hyperventilation qui représente le phénomène invalidant le plus important chez cet assuré. »

L'assuré s'est déterminé le 15 janvier 2014, réitérant ses propres conclusions sur la base d'un avis du Dr L. _____ rendu le même jour, lequel s'est prononcé sur celui du Dr C. _____ en ces termes :

« [...] A l'instar de mon collègue, je vais reprendre les quatre affections que j'avais retenues comme primordiales dans la situation de l'assuré :

L'asthme professionnel : [...] Bien qu'un test de provocation bronchique à la Méthacholine n'ait pas été réalisé avant que le patient soit exposé aux isocyanates, il me paraît raisonnable de conclure à une relation de cause à effet puisqu'il n'avait aucun symptôme avant. Le Dr C. _____ mentionne par ailleurs que les crises d'asthme n'ont pas pu être démontrées, ce qui est correct selon les renseignements que j'ai eu à disposition. Cependant, l'asthme est une maladie parfois difficile à diagnostiquer en l'absence d'un élément objectif. Les éléments que l'on peut retenir pour un tel diagnostic sont l'anamnèse, la spirométrie anormale, le dosage du FeNO anormal et, lorsque ces éléments sont négatifs ou douteux, un test de provocation bronchique positif. Ce dernier test a donc été réalisé à 3 reprises et s'est révélé à chaque fois positif. En conséquence, un asthme peut être clairement suspecté. Cependant, il faut relever, comme le fait mon collègue, que les épisodes survenus à l'Hôpital N. _____ en présence de personnel médical n'ont pas été associés à des changements de saturation significatifs. Toutefois, une crise d'asthme modérée ne s'accompagne pas nécessairement d'une baisse de la saturation et il faudrait alors avoir réalisé une spirométrie ou une mesure du Peak-Flow pendant l'épisode, ce qui aurait pu confirmer ou infirmer une crise d'asthme.

En conséquence, on doit admettre qu'il existe un doute sur d'éventuelles crises d'asthme dans la mesure où aucune mesure n'a été effectuée pour confirmer ou infirmer ce diagnostic.

Les bronchectasies : je relèverais, comme le fait le Dr C. _____, que les bronchectasies sont modestes mais que la radiographie thoracique n'est évidemment pas un bon examen pour ce type de pathologie. Ces anomalies présentes chez [l'assuré] ne représentent effectivement pas une atteinte grave à sa situation respiratoire, mais elles sont tout de même irréversibles, pouvant conduire à des infections respiratoires plus fréquentes et à une toux. De plus, elles peuvent parfois s'aggraver et nécessiter une physiothérapie respiratoire et des traitements antibiotiques, ce qui n'a pas encore été le cas chez [l'assuré].

Les épisodes de dyspnée paroxystiques : [...] Comme mentionné dans mon rapport, le syndrome d'hyperventilation n'a pas été causé directement par l'exposition aux isocyanates mais paraît bien secondaire aux conséquences que cette exposition a occasionnées chez une personne particulièrement anxieuse.

Le reflux gastro-œsophagien : comme le confirme le Dr C. _____, le reflux gastro-œsophagien n'a pas de lien direct avec l'exposition aux isocyanates mais peut être favorisé par l'état anxieux et peut contribuer à aggraver l'hyperréactivité bronchique.

En ce qui concerne le syndrome des apnées du sommeil et l'ancien tabagisme, je noterais que, bien que ces affections ne soient pas en soi négligeables, elles ne me paraissent pas au premier plan des problèmes actuels affectant le patient. [...] »

Par écriture du 6 février 2014, l'intimée a relevé que les constatations des Drs C. _____ et L. _____ étaient à son sens superposables, en ce qu'elles avaient trait à des crises d'asthme non « démontrées » survenues dès fin 2011, tandis que le Dr L. _____ avait au surplus uniquement « suspecté » un lien entre les bronchectasies et l'asthme professionnel. Les autres affections diagnostiquées ne relevaient pas des conséquences de l'exposition aux isocyanates. Partant, la CNA persistait à suggérer le rejet du recours.

Le recourant a indiqué ne pas avoir de remarques complémentaires à formuler en date du 26 février 2014.

G. Le 21 juillet 2014, l'OAI a rendu une décision niant à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité de 22,11% obtenu après comparaison des gains sur la base d'une capacité de

travail nulle dans l'ancienne profession, mais entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites par les médecins.

L'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour de céans par mémoire du 12 septembre 2014, enregistré sous numéro de cause AI196/14, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité « dès le jour du dépôt de sa demande de prestations ».

L'OAI, proposant le rejet de ce recours, a produit un tirage de son dossier en annexe à sa réponse datée du 10 novembre 2014, les pièces correspondantes ayant été versées à celui de la présente cause et soumises aux parties par pli du juge instructeur du 8 décembre 2014.

Considérant que ces pièces ne faisaient état d'aucun élément nouveau, la CNA a persisté dans ses précédentes conclusions le 20 février 2015.

Quant au recourant, il a fait parvenir sa détermination le 1^{er} septembre 2015 se référant à un nouvel avis du Dr L. _____, rédigé notamment comme suit le 26 août 2015 :

« [...] **Ergospirométrie d'effort**

[...] En conclusion, cet examen sous-maximal est très suggestif d'une hyperventilation à l'effort qui a probablement été responsable de la dyspnée et de l'arrêt prématuré de l'exercice. Il est, dans ce contexte, difficile de retenir formellement un déconditionnement musculaire, bien qu'il ne puisse être exclu. Sur le plan cardiovasculaire, je noterais principalement une élévation de la pression diastolique qui peut entraîner un certain degré de dyspnée d'effort et il conviendra de réévaluer ce problème.

Pour ma part, ce test d'effort confirme donc que le patient présente une hyperventilation pouvant interférer avec sa capacité d'effort et donc de travail. A ma connaissance, il n'existe pas d'étude pouvant corrélérer un niveau d'hyperventilation avec une capacité de travail comme cela est le cas pour un syndrome obstructif ou restrictif. De plus, les crises d'hyperventilation peuvent survenir de manière imprévisible et non prédictible.

Capacité de [l'assuré] dans une activité adaptée

[...] L'hyperventilation étant liée à un trouble du comportement respiratoire survenant dans le cadre d'un état anxieux dans la plupart des cas, il est difficile de prévoir et de prévenir des crises pouvant survenir à l'occasion de différentes formes de stress ou même parfois sans stress apparent. De plus, la fréquence des crises

peut être variable. Il n'est pas fréquent qu'un syndrome d'hyperventilation soit très invalidant, mais ceci est décrit et semble être le cas chez [l'assuré]. A nouveau et comme précédemment mentionné, une prise en charge physiothérapeutique et psychothérapeutique pourrait avoir un effet bénéfique sans que cela soit certain. [...] »

Rappelant que le litige avait trait à la reconnaissance éventuelle d'une maladie professionnelle dès mars 2012, la CNA a réitéré, par _____ écriture _____ du 30 septembre 2015, que la détermination du Dr L. _____ ne permettait pas de qualifier l'activité professionnelle de cause exclusive ou nettement prépondérante aux crises observées dans le cas du recourant. Elle a derechef persisté dans ses précédentes conclusions.

Le recourant a pour sa part renoncé à déposer des remarques complémentaires le 22 octobre 2015, de sorte que la cause a été gardée à juger.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours contre la décision sur opposition du 1^{er} octobre 2012 a été interjeté devant le tribunal compétent en temps utile en date du 1^{er} novembre 2012. Il respecte par ailleurs les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimée à compter du 1^{er} mars 2012.

a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

b) In casu, par sa décision sur opposition du 1^{er} octobre 2012, la CNA a maintenu sa décision du 1^{er} mai 2012, soit son refus de prise en charge des suites des crises dyspnéiques affectant l'assuré à compter du 1^{er} mars 2012, le renvoyant à cet égard à son assurance contre la maladie.

Elle a considéré que ces crises, observées depuis fin 2011, n'avaient pas été causées de manière exclusive ou nettement prépondérante par la maladie professionnelle - soit une hyperréactivité bronchique se manifestant par un asthme, consécutive à des travaux impliquant une exposition aux isocyanates - précédemment reconnue par décision d'inaptitude du 4 octobre 2010.

On rappellera que dans ce contexte, l'intimée a alloué à l'assuré une indemnité journalière de transition du 1^{er} décembre 2010 au 31 mars 2011, ainsi qu'une indemnité pour changement d'occupation du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012, renouvelée du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2013 (cf. décisions des 9 novembre 2010 et 3 juillet 2012). Elle a par ailleurs assumé les frais de traitement engendrés par l'asthme professionnel jusqu'au 1^{er} mars 2012.

De son côté, l'assuré estime que les crises dyspnéiques survenues dès fin 2011 sont des conséquences directes de sa longue exposition aux isocyanates et qu'en dépit d'un contexte professionnel

sans irritants depuis juillet 2009, son état de santé pulmonaire s'est dégradé de manière irréversible. Les crises dyspnéiques en question seraient engendrées exclusivement par sa maladie professionnelle, de sorte que la CNA serait obligée de poursuivre sa prise en charge au-delà du 1^{er} mars 2012. Il s'appuie à cet égard sur les rapports de ses médecins traitants, notamment les Drs E. _____ et K. _____, ainsi que sur le rapport de sortie de l'Hôpital N. _____ et l'expertise privée réalisée par le Dr L. _____. Il allègue qu'en l'absence de tout problème de santé antérieur à son activité au sein du Garage F. _____, la maladie professionnelle découlant de celle-ci ne peut qu'être responsable de ses soucis pulmonaires, y inclus dès fin 2011, respectivement mars 2012.

Le recourant conclut en définitive préalablement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire en vue de clarifier sa situation et principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ou de « toutes autres prestations » entrant en ligne de compte dans son cas.

A titre subsidiaire, il propose le renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire sur le plan médical avant nouvelle décision.

c) Au vu de l'ensemble des griefs soulevés, il s'agira en premier lieu de déterminer si les pièces médicales à disposition permettent de se prononcer à satisfaction sur l'existence d'un lien de causalité exclusive ou prépondérante entre la maladie professionnelle reconnue auprès de l'assuré et les crises l'affectant à compter du 1^{er} mars 2012.

Cas échéant, pour autant que ce lien de causalité puisse être admis, il conviendra en second lieu d'examiner les prestations entrant en ligne de compte in casu, quand bien même on peut se demander si la question du droit à la rente revendiquée par l'assuré n'excède pas l'objet du litige, vu la teneur de la décision sur opposition entreprise.

3. **a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

b) L'art. 9 al. 1 LAA stipule que sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 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.

L'art. 14 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) souligne que les substances nocives et les maladies dues à certains travaux sont énumérées à l'annexe 1, laquelle mentionne à son al. 1 les « isocyanates » au titre de substances nocives au sens de l'art. 9 al. 1 LAA.

c) Aux termes de l'art. 9 al. 2 LAA, sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle.

Cette clause - dite générale - répond au besoin de combler d'éventuelles lacunes qui subsisteraient dans la liste que le Conseil fédéral a été chargé d'établir selon l'art. 9 al. 1 LAA (ATF 116 V 136 consid. 5a et les références).

d) Sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée. Une maladie professionnelle est réputée déclarée dès que la personne

atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler (art. 9 al. 3 LAA).

4. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Le seul fait que des symptômes ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (non-application du raisonnement «post hoc ergo propter hoc» ;

ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 349/05 du 21 août 2006).

b) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

c) S'agissant spécifiquement des cas de maladie professionnelle, la reconnaissance d'une telle affection suppose un lien de causalité qualifié entre l'influence de l'agent nocif et la maladie. Il ne suffit pas que l'agent nocif soit une cause parmi d'autres de la maladie. Il doit participer plus que toutes les autres causes concurrentes à la survenance de celle-ci. Il est en outre nécessaire que l'exposition se produise

exclusivement ou de façon prépondérante pendant le travail dans une entreprise assujettie (cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SVBR], Vol. XIV, 2^{ème} édition 2007, p. 825 - 1040, n. 107 et références citées).

L'art. 9 al. 1 LAA impose un lien de causalité exclusif ou prépondérant entre la maladie et les substances nocives ou les travaux considérés. Le caractère prépondérant dudit lien est réalisé lorsque la maladie est due pour plus de 50% à l'action de la substance nocive ou à l'un des travaux (ATF 119 V 200 consid. 2a ; RAMA 1988 n° U 61 p.450 consid. 1b ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 111).

Le caractère exclusif requiert par ailleurs une influence de près de 100% de la substance nocive ou des travaux en question sur la survenance de la maladie (ATF 119 V 200 consid. 2a ; 117 V 354 consid. 2a).

L'art. 9 al. 2 LAA pose quant à lui l'exigence d'un lien exclusif ou nettement prépondérant entre la maladie et le contact avec des substances nocives ou l'exécution de certains travaux dans le cadre de l'activité professionnelle.

Selon la jurisprudence, cette condition n'est réalisée que si la maladie a été causée à 75% au moins par l'exercice de l'activité professionnelle. Cela signifie, pour certaines affections qui ne sont pas typiques d'une profession déterminée, que les cas d'atteinte pour un groupe professionnel particulier doivent être quatre fois plus nombreux que compte la population en général (ATF 119 V 200 consid. 2b ; 116 V 136 consid. 5c ; TF 8C_165/2007 du 5 mars 2008 consid. 3).

La question de savoir si l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante est remplie - question relevant d'abord de la preuve dans un cas concret - doit être appréciée au vu de données épidémiologiques médicalement reconnues. S'il apparaît comme un fait

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

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

5. a) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte

médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante.

A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007

consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc).

Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

6. Doit tout d'abord être examiné le point de savoir si les pièces médicales à disposition de la Cour de céans permettent de trancher le présent litige ou s'il y a lieu - comme le requiert le recourant - de procéder à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire ou de renvoyer la cause à l'assureur intimé.

In casu, le recourant a fait l'objet de plusieurs évaluations de son état de santé respiratoire, réalisées par différents spécialistes de ce registre.

Il a notamment fait l'objet d'investigations de la part des Drs A. _____ et C. _____ et été suivi par le Dr K. _____, avant d'être hospitalisé aux fins d'examen au sein de l'Hôpital N. _____ et expertisé par _____ le Dr L. _____.

Au demeurant, les rapports établis respectivement par ces médecins, étayés par des examens cliniques en vue de déterminer les diagnostics pertinents, sont convergents à cet égard, avec savoir que l'assuré souffre pour l'essentiel d'un « asthme bronchique avec composantes professionnelles », de « bronchectasies devenues asymptomatiques », d'un « syndrome d'hyperventilation chronique », d'un « syndrome d'apnées du sommeil » et d'un « reflux gastro-œsophagien ».

Quant à la « dyspnée paroxystique » se manifestant par des crises objectivées dès fin 2011, tant le Dr L. _____ que le Dr C. _____ se sont exprimés sur cette question et sa relation vraisemblable avec le syndrome d'hyperventilation. En outre, le rapport de sortie de l'Hôpital N. _____ est venu corroborer cette observation, sans que des examens complémentaires n'apparaissent nécessaires pour se prononcer à cet égard sous l'angle de l'art. 9 LAA.

Par ailleurs, on relèvera, à l'instar des parties, que le rapport d'expertise du Dr L. _____ du 11 juillet 2013 et ses compléments des 15 janvier _____ 2014 _____ et 26 août 2015 remplissent les réquisits jurisprudentiels rappelés supra sous considérant 5a pour se voir accorder pleine valeur probante. Le Dr L. _____ a en effet procédé à des examens cliniques du recourant, non sans disposer des principales pièces de son dossier asséculoologique. Il a fait part de ses conclusions à l'issue d'explications détaillées des diagnostics retenus, tout en fournissant les informations utiles sur le contexte médical.

Vu le dossier produit par l'intimée, l'OAI et le rapport d'expertise diligenté pour le compte de l'assuré, on ne voit pas qu'un

complément d'instruction sur le plan médical se justifie en l'espèce et soit susceptible d'apporter un éclairage nouveau ou différent des éléments de fait déterminants pour la solution du litige.

Dès lors, une appréciation anticipée des preuves permet manifestement d'écarter la requête préalable du recourant en vue d'un tel complément et de rejeter sa conclusion subsidiaire tendant au renvoi de la cause à cette fin à la CNA.

7. Il convient à ce stade de déterminer si les « crises dyspnéiques » affectant le recourant depuis fin 2011 sont en lien de causalité adéquate avec la maladie professionnelle reconnue par la CNA – soit un asthme dû à une exposition aux isocyanates – en vertu de l'art. 9 al. 1 LAA par décision du 4 octobre 2010.

Ainsi qu'il a été rappelé sous considérant 3c supra, la prise en charge des suites d'une maladie professionnelle – une fois reconnue – reste en effet néanmoins conditionnée par la réalisation d'un lien de causalité entre cette maladie et la symptomatologie présentée.

a) Le recourant se prévaut principalement du fait qu'il ne présentait aucun problème respiratoire connu avant d'avoir été exposé aux isocyanates sans protection. Son appareil respiratoire aurait toutefois été atteint de manière durable, voire définitive. Il y aurait donc clairement à son avis un rapport de causalité entre l'exposition à ces produits et les troubles dont il souffre à ce jour, faute d'autre explication quant à leur origine.

Cet argument n'est pas suffisant pour emporter la conviction. En se bornant à invoquer le fait qu'il ne souffrait d'aucune affection de nature respiratoire avant son activité professionnelle au Garage F._____, le recourant procède typiquement d'un raisonnement « post hoc ergo propter hoc », insuffisant à démontrer un lien de causalité.

Il en va de même lorsqu'en analysant le rapport du Dr L. _____ du 11 juillet 2013, il considère qu'il y a bien un « avant » et un « après » s'agissant de son état de santé du fait de son exposition aux isocyanates.

Comme on l'a rappelé sous considérant 4a plus haut, le seul fait que des symptômes ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ou, en l'espèce d'une maladie professionnelle, ne suffit pas à établir un rapport de causalité.

b) Il apparaît d'ailleurs que les différents spécialistes ayant examiné le recourant, dont le Dr L. _____, convergent pour considérer que les crises présentées par l'assuré sont très vraisemblablement causées par le syndrome d'hyperventilation ou constituent des bronchospasmes sans lien avec l'exposition aux isocyanates (cf. rapport du Dr K. _____ du 22 décembre 2011, appréciation du Dr C. _____ du 27 avril 2012 et rapport d'expertise du 11 juillet 2013 du Dr L. _____, p. 3).

Il apparaît en conséquence que l'on peut suivre l'intimée en ce qu'elle a considéré que les crises dyspnéiques présentées par l'assuré ne découlaient pas de l'asthme professionnel.

8. Sous l'angle de l'art. 9 al. 2 LAA, il s'agit de déterminer si les crises dyspnéiques présentées par l'assuré depuis 2011 sont causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'activité professionnelle.

A cet égard, il résulte de l'ensemble des documents médicaux au dossier, qui ne présentent pas de contradictions sur ce point, qu'au niveau de la vraisemblance prépondérante, un tel lien de causalité qualifiée n'est pas avéré.

Dans un premier temps, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation médicale du Dr C. _____ du 27 avril 2012, lequel relevait

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

Pendant la procédure d'opposition devant l'intimée, le recourant a séjourné du 23 juillet au 4 août 2012 à l'Hôpital N._____. Le rapport de sortie du 3 septembre 2012 ne se prononce pas sur le lien de causalité entre les affections dont souffre le recourant et l'exposition aux isocyanates. Il en résulte néanmoins que les médecins ont suspecté des facteurs aggravants l'asthme soit un reflux gastro-œsophagien et un tabagisme (3 - 5 cigarettes par jour). Ils ont par ailleurs fait mention de fonctions pulmonaires « dans la norme » en dépit d'une « réversibilité variable après Ventolin ».

Au stade de la réplique déposée auprès de la Cour de céans, le recourant a produit le rapport du 11 juillet 2013 du Dr L._____. Contrairement à ce qu'expose le recourant, les conclusions de ce médecin sont largement superposables à celles de ses confrères en ce qui concerne la question litigieuse.

Ce médecin relève en effet que « les troubles respiratoires encore présents et qui pourraient être liés à l'exposition aux peintures de carrosserie qu'il a subie sont : des bronchectasies bilatérales et une

hyperréactivité bronchique persistante. Toutefois, ces possibles séquelles de son exposition ne paraissent pas très symptomatiques ». S'agissant des épisodes de dyspnée paroxystique, le Dr L._____ retient qu'ils ne sont pas en lien direct avec l'ancienne exposition aux toxiques (p. 3). Enfin, en ce qui concerne les plaintes respiratoires rapportées par le recourant, le Dr L._____ estime qu'elles ne sont « probablement pas en rapport avec les bronchectasies ni avec l'exposition aux peintures de carrosserie subie mais plutôt avec un syndrome d'hyperventilation chronique et un état anxieux. Ces derniers ne sont pas directement liés à l'exposition à des toxiques respiratoires ». Le Dr L._____ retient consécutivement que la causalité est « probable » s'agissant des bronchectasies bilatérales et de l'hyperréactivité bronchique et « improbable » pour les autres diagnostics. Les constatations du Dr L._____ sont donc également de nature à infirmer l'existence d'un lien de causalité entre l'exposition aux isocyanates et les affections dont souffre le recourant depuis courant 2011.

Le rapport du Dr L._____ a au surplus été soumis au Dr C._____, qui a relevé que l'expertise détaillée et « bien conduite » de son confrère n'était pas en contradiction fondamentale avec ses conclusions.

Ce médecin a notamment observé que l'asthme professionnel n'avait pu être démontré, que les bronchectasies étaient discrètes et limitées, tandis que l'hyperventilation ainsi que le reflux gastro-œsophagien pouvant aggraver l'hyperréactivité bronchique n'étaient pas en lien avec l'exposition aux isocyanates.

Dans son complément du 15 janvier 2014 adressé au conseil du recourant, le Dr L._____ indique que « le syndrome d'hyperventilation n'a pas été causé directement par l'exposition aux isocyanates mais paraît bien secondaire aux conséquences que cette exposition a occasionnées chez une personne particulièrement anxieuse ». Cette constatation, faite à la suite de l'appréciation médicale du Dr C._____, ne permet pas non plus de conclure, au degré de la

vraisemblance prépondérante, à l'existence d'un lien de causalité exclusif ou prépondérant entre l'exposition aux isocyanates et les affections dont souffre le recourant. Le fait que le Dr L. _____ lui-même expose qu'il y avait un terrain favorable - l'anxiété du recourant - ainsi que l'utilisation du terme de « secondaire » permettent en tous les cas d'exclure la responsabilité de l'activité professionnelle quant à la survenance de la maladie. Quant aux crises d'asthme, le Dr L. _____ relève qu'il n'est pas possible d'infirmier ou de confirmer un tel diagnostic en l'état.

S'agissant du complément du Dr L. _____ du 26 août 2015, il ne se prononce plus directement sur la question litigieuse, mais principalement sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, litigieuse dans le cadre de la procédure pendante devant la Cour de céans en matière d'assurance-invalidité (en la cause AI 196/14). On relèvera néanmoins que, selon ce médecin, le résultat sous-maximal du test de l'effort pratiqué sur le recourant est « très suggestif d'une hyperventilation », laquelle n'était, selon le précédent rapport du Dr L. _____ du 11 juillet 2013, pas en lien direct avec l'exposition du recourant aux isocyanates.

Enfin, les rapports médicaux versés au dossier constitué par l'OAI n'apportent aucun élément nouveau ou inconnu pertinent pour l'examen du lien de causalité qualifié ou adéquat.

En l'absence de toute contradiction entre les différents rapports médicaux à disposition, d'autres hypothèses peuvent être écartées. Les conclusions des spécialistes consultés apparaissent largement convergentes quant à la question litigieuse. Elles ne permettent pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité entre l'exposition avérée aux isocyanates et les crises dyspnéiques présentées par le recourant.

C'est ainsi à bon droit que l'intimée a refusé de servir ses prestations à compter du 1^{er} mars 2012 des suites des crises dyspnéiques objectivées auprès de l'assuré depuis fin 2011.

9. En dernier lieu, on mettra à toutes fins utiles en exergue les dispositions ci-après s'agissant spécifiquement du droit à la rente revendiquée par le recourant dès le 1^{er} mars 2012.

En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

En l'occurrence, on observera que la conclusion principale du recourant en vue de l'octroi d'une rente entière apparaît manifestement prématurée à la date de la décision sur opposition entreprise dans la mesure où ce dernier s'est vu octroyer par l'intimée une indemnité pour changement d'occupation dès le 1^{er} avril 2012, renouvelée jusqu'au 31 mars 2013 (cf. décision de la CNA du 9 novembre 2010).

On ne voit dès lors pas que l'examen du droit à la rente se serait justifié à ce stade, étant rappelé que l'indemnité pour changement d'occupation s'élève à 80% de la perte de salaire que subit le travailleur sur le marché du travail par suite de la décision d'inaptitude temporaire ou permanente (cf. art. 87 al. 1 OPA [ordonnance du 19 décembre 1983 sur la prévention des accidents et des maladies professionnelles ; RS 832.30]).

10. Vu l'exposé ci-avant, l'intimée était en définitive fondée à refuser de prendre en charge les conséquences financières des troubles présentés par le recourant dès le 1^{er} mars 2012.

Le recours, mal fondé, doit dès lors être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

a) La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice
(cf. art. 61 let. a LPGA).

b) Par ailleurs, le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens.

Quoique l'intimée obtienne en revanche gain de cause, elle ne saurait prétendre des dépens de la part du recourant. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, sous réserve du cas où le demandeur a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (cf. art. 61 let. g LPGA ; ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas réalisé en l'espèce.

En outre, la CNA, en sa qualité d'assureur social, dispose d'un service juridique interne susceptible de la représenter dans l'accomplissement de ses tâches de droit public (cf. ATF 134 V 340 consid. 7).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 1^{er} octobre 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Roberto Izzo, à Lausanne (pour B. _____),
- Me Didier Elsig, à Lausanne (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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

La greffière :