

S2 22 57

ARRÊT DU 3 SEPTEMBRE 2024

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ;
Mireille Allegro, greffière ;

en la cause

HOIRIE DE FEU X _____, recourante, représentée par Maître Dominique Sierro,
avocat, à Sion

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),
intimée

(maladie professionnelle, rente d'invalidité, indemnité pour atteinte à l'intégrité et
vraisemblance prépondérante)

Faits

A.a X _____, né le xx.xx 1928, a travaillé à A _____ entre 1954 et 1980. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la CNA. En janvier 1980, il a annoncé des troubles respiratoires à la CNA, en raison de la suspicion d'une silicose (pièce 55, p. 155 et 158). Selon son dossier, il avait subi un infarctus du myocarde en janvier 1974 et était sujet aux bronchites (pièce 55, p. 149 et 151). Après avoir procédé à des examens cliniques et radiologiques, le médecin du travail de la CNA a constaté que l'assuré présentait une dyspnée à l'effort d'origine peu claire et a estimé qu'une silicose était possible mais ni certaine ni probable (pièce 55 p. 175).

Par décision du 15 mai 1981, la CNA a considéré qu'il n'était ni certain ni même probable que les troubles respiratoires - d'origine multiple - soient la conséquence d'une maladie professionnelle.

A.b En raison du recours de l'assuré, des examens ont été mis en œuvre en novembre 1981 auprès du Dr B _____. Celui-ci a conclu à une insuffisance respiratoire partielle importante ainsi qu'à un syndrome broncho-obstructif, probablement dus en partie à une silicose non perceptible radiologiquement, une infection chronique des voies respiratoires supérieures et, dans une moindre mesure, à l'obésité (pièce 57, p. 7).

Le 3 juin 1982, la CNA a mandaté le Dr C _____ pour procéder à une expertise de l'intéressé. Dans son rapport du 1^{er} septembre 1982 suivant l'examen clinique du 24 août, le spécialiste en pneumologie a conclu que les troubles de l'assuré n'étaient pas causés avec certitude ni avec une très forte vraisemblance par la silicose et qu'une pneumoconiose ne pouvait pas être admise avec certitude ou une très forte vraisemblance. Il a posé les diagnostics de syndrome broncho-pulmonaire obstructif chronique et de syndrome de Menière (entraînant des vertiges) et a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et tout travail exigeant un effort physique en raison de ces affections (pièce 58, p. 12).

En mars 1983, de nouveaux prélèvements histologiques ont été effectués ; ceux-ci n'ont pas permis de confirmer ni d'exclure une silicose ou une pneumoconiose à poussières mixtes (cf. rapport du Dr D _____, pièce 58, p. 25).

A la demande du Tribunal cantonal des assurances, le Dr E _____ a réalisé une expertise le 17 août 1983 (pièce 60, p. 59). Il est arrivé à la conclusion que l'assuré souffrait d'une bronchite chronique et d'une insuffisance respiratoire de type obstructif,

ainsi que d'évanouissement probablement d'origine vagale et possiblement en relation avec des phénomènes de collapsus des grosses voies aériennes. Il a ajouté qu'aucune des maladies n'était causée avec certitude ou très forte probabilité par une pneumoconiose. Il a conclu que ce diagnostic, en particulier une silicose pulmonaire, ne pouvait pas être admis ni avec certitude ni avec une très forte vraisemblance.

Par jugement du 29 juin 1984, le Tribunal cantonal des assurances a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision de la CNA du 15 mai 1981 (pièce 60, p. 43).

B. En parallèle, l'assuré a déposé une demande de prestations AI le 9 décembre 1982.

Dans son rapport du 17 janvier 1983 adressé à la Commission AI du canton du Valais, le Dr F _____ a posé les diagnostics de silicose, de syndrome broncho-pulmonaire obstructif chronique, de flaccidité anormale de la paroi membraneuse de la trachée et de syndrome de Menière (pièce 61, p. 2). Il a fait état de dyspnée à l'effort, d'étourdissements lors d'accès de toux, de baisse des performances et de l'apparition d'un syndrome de Menière (trouble de l'oreille interne qui provoque des vertiges). Il a attesté que son patient était en incapacité totale de travailler depuis août 1982 en raison d'une affection respiratoire et d'un syndrome de Menière, nécessitant un appareillage d'assistance respiratoire IPPB (IPPB = Intermittend Positive Pressure Breathing) et une oxygénothérapie avec concentration à O² (cf. rapport du Dr F _____ du 17 janvier 1993, pièce 61, p. 2, et lettre de la Commission de l'assurance-invalidité, pièce 62, p. 1 ; cf. également l'expertise du Dr C _____ du 1^{er} septembre 1982, pièce 59).

L'assuré été mis au bénéfice d'une rente AI entière dès le 1^{er} août 1983 (pièce 66, p. 1).

Le 23 décembre 1983, le Dr F _____ a fait état d'une aggravation de l'état général avec l'apparition de crises d'angoisse, en sus des vertiges et de la dyspnée importante ; il a confirmé que l'assuré avait besoin d'un appareil d'assistance respiratoire à IPPB et une oxygénothérapie avec concentrateur à O² (pièce 65). Le 28 novembre 1985, il a rappelé la symptomatologie (pièce 67). Le 13 novembre 1988, il a mentionné une dépression mixte, tout en indiquant que l'examen clinique était sans changement important (pièces 68 et 155). La rente d'invalidité AI a été maintenue jusqu'à la retraite en août 1993.

C. Procédant au suivi du dossier, la CNA a fait examiner l'assuré en février 1992, par le Dr G _____. Dans son rapport du 21 février 1992, ce dernier a expliqué qu'il n'y avait pas d'argument radiologique ou fonctionnel parlant en faveur d'une pneumoconiose et que le patient présentait un léger asthme bronchique bien compensé avec le

traitement de Bécloforte, Foradil et Xantivent, ainsi qu'une cardiomyopathie ischémique et un syndrome de Menière qui n'étaient pas en relation avec l'exposition à la poussière de silice (pièce 60, p. 11). Le 3 mars 1994, le Dr G _____ a procédé à de nouveaux tests qui ont montré une légère diminution du VEMS (volume expiratoire maximal seconde) et de la différence alvéolo-artérielle pour l'oxygène qui restait toutefois dans les limites de la normale, de sorte qu'on ne pouvait conclure à une invalidité médicale théorique imputable à une atteinte pulmonaire (pièce 60, p. 5).

Par communication du 4 mars 1994, la CNA a informé l'assuré que l'allocation de prestations d'assurance n'entraîne pas en considération puisque l'existence d'une maladie professionnelle était toujours ni certaine ni probable (pièce 60, p. 2).

D. En juillet 2014, l'assuré a rempli une demande d'allocation pour impotent AVS (pièce 69). Dans son rapport du 3 juillet 2014, le Dr F _____ a posé les diagnostics de carcinome paupière inférieure, pacemaker en 2012, cardiopathie ischémique et hypertensive / maladie coronarienne, syndrome de Menière, SAS (syndrome d'apnées du sommeil) et polyarthrose avec PTHD et PTHG (prothèse totale de la hanche à droite et à gauche) en 1998 (pièce 69, p. 6).

Lors de l'enquête à domicile, l'assuré a indiqué que de l'oxygène était nécessaire 3 fois par jour (cf. réponse 4.6 de la demande d'allocation pour impotent AVS et ch. 2.10 du rapport d'enquête pour impotence).

En raison de difficultés à se vêtir, faire sa toilette et se déplacer à l'extérieur depuis juin 2012, à couper ses aliments depuis septembre 2013 et à se lever, s'asseoir et se coucher depuis janvier 2014 (cf. rapport d'enquête impotence, pièce 70), l'assuré a été mis au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré faible dès le 1^{er} juillet 2013 (pièce 71).

E. Le 22 décembre 2015, l'assuré est décédé à la suite d'un sepsis sur pneumonie du lobe inférieur gauche à pneumocoque (pièce 13). A la demande de la famille, une autopsie a été réalisée, laquelle a montré un mésothéliome pleural (tumeur maligne), un empoussiérage massif et des altérations pulmonaires compatibles avec une silicose.

Interpellé par la CNA, l'Institut central des hôpitaux, par le Dr H _____, a indiqué, le 24 août 2017, que le patient était décédé d'une insuffisance cardio-respiratoire globale et que l'insuffisance respiratoire dominante était clairement à mettre sur le compte d'une silicose professionnelle, qui avait eu un retentissement secondaire sur le cœur. De son

point de vue, le décès était en grande partie - à savoir à environ 80% - dû à la maladie professionnelle (silicose) (pièce 8).

Le 18 octobre 2017, la Dresse I _____, spécialiste en médecine interne, a expliqué que l'atteinte pulmonaire s'était progressivement aggravée au cours de l'année 2014 et a mentionné une pneumopathie interstitielle d'origine indéterminée avec insuffisance respiratoire sévère qui avait nécessité une oxygénothérapie à domicile 24h/24h.

Prenant position le 19 décembre 2017, le Dr J _____ de la Division médecine du travail de la CNA a estimé que l'avis du Dr H _____ n'engageait que lui-même dès lors que l'empoussièrement n'était pas de nature à prouver une silicose et qu'une origine pulmonaire à l'atteinte cardiaque était difficile à démontrer. Il a par contre relevé qu'un mésothéliome pleural malin avait été découvert, ce qui nécessitait des investigations (pièce 16). Après vérification, une exposition professionnelle à l'amiante ayant été écartée, le Dr J _____ a considéré que la responsabilité de la CNA n'était pas engagée dans l'atteinte pulmonaire dont avait souffert l'assuré décédé (pièce 22).

Par décision du 6 février 2018 (pièce 25), confirmée par décision sur opposition du 6 juillet 2018 (pièce 30), la CNA a constaté qu'il n'y avait pas de nouvel élément en faveur d'une silicose pulmonaire et que sa responsabilité n'était pas engagée pour les suites du mésothéliome pleural en l'absence d'exposition professionnelle à l'amiante (pièce 25).

F. Le 8 août 2018, l'hoirie de feu X _____, représentée par M^e Dominique Sierro, a recouru céans contre ce prononcé, en concluant principalement à la reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle et à l'octroi à l'assuré des prestations d'assurance y relative et subsidiairement au renvoi du dossier à la CNA (pièce 32).

Répondant le 26 octobre 2018, la CNA a accepté de reprendre l'instruction du dossier, de sorte que par décision S2 18 84 du 31 octobre 2018, la Cour de céans a admis le recours et renvoyé le dossier à la CNA pour instruction complémentaire et nouvelle décision (pièce 40).

G. Reprenant l'instruction, la CNA a confié un mandat d'expertise pneumologique au Dr K _____ du Service de pneumologie du CHUV, à Lausanne (pièce 72). Dans son rapport du 17 janvier 2020 (pièce 91), l'expert a retenu 21 diagnostics. Il est arrivé à la conclusion que le décès était dû à une insuffisance respiratoire attribuable à la conjonction de plusieurs maladies, à savoir :

1. de manière prépondérante à une pneumopathie interstitielle commune, visible pour la première fois au scanner du 19 décembre 2015, qui était due, selon lui, au vu des études effectuées chez les mineurs, à plus de 50% à une exposition professionnelle à la silice ;
2. de manière non prépondérante à une silicose pulmonaire due exclusivement à l'exposition professionnelle ; à cet égard, au vu du matériel à disposition, il a précisé qu'il s'agissait d'une silicose simple et non pas d'une silicose progressive massive responsable à elle seule de l'insuffisance respiratoire ; il a expliqué qu'une raison pour laquelle le diagnostic de silicose n'avait pas pu être établi entre 1980 et 1992 était la moindre sensibilité des radiographies en comparaison au scanner et l'absence de prélèvements tissulaires suffisamment grands ;
3. de manière non prépondérante à un emphysème pulmonaire visible au scanner du 19 décembre 2015, probablement d'origine professionnelle, en l'absence de tabagisme ; et
4. à une bronchopneumonie et à des fractures des côtes.

Il a ajouté que le mésothéliome malin de la plèvre d'origine professionnelle avait pu contribuer à l'épanchement pleural mais n'était pas la cause du décès.

Le 15 juin 2020, l'intimée a soumis l'expertise à la Dresse L _____, qui a confirmé « dass der Versicherte an folgenden Berufskrankheiten gelitten hat : an einer Silikose sowie auch an einem linksseitigen Pleuramesotheliom » (que l'assuré souffrait des maladies professionnelles suivantes : silicose et mésothéliome pleural gauche). Elle a conclu : « In der Gesamtschau der Befunde ist allerdings davon auszugehen, dass der Versicherte an den Folgen der Sepsis im Rahmen der Pneumonie verstorben ist. Die Pneumonie ist im Gefolge der Berufskrankheiten zu interpretieren. Damit ist der Versicherte an den Folgen seiner Berufskrankheiten verstorben » (au vu des résultats globaux, on peut supposer que l'assuré est décédé des suites d'une septicémie dans le cadre d'une pneumonie, qui doit être interprétée comme une conséquence des maladies professionnelles, de sorte que l'assuré était décédé des suites de ses maladies professionnelles) (pièce 100).

La CNA a dès lors admis que l'assuré était décédé des suites d'une pneumonie survenue en raison de maladies professionnelles (à savoir la silicose et le mésothéliome pleural selon l'appréciation de la Dresse L _____ ; pièce 100) et, par courrier du 18 juin 2020, a accepté d'allouer une rente au conjoint survivant en raison de l'existence d'une maladie professionnelle (pièce 101). Par décision du 17 août 2020, elle a fixé cette dernière à 2221 fr. 65 dès le 1^{er} janvier 2016 (pièce 108).

H.a Le 1^{er} septembre 2020, l'hoirie a demandé qu'une décision soit rendue sur les autres prestations auxquelles l'assuré aurait pu prétendre, à savoir le remboursement des soins, la rente d'invalidité LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et l'allocation pour impotent (pièce 115).

Répondant le 12 novembre 2020, la CNA a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments indiquant que les troubles pulmonaires (découlant d'une maladie professionnelle) étaient invalidants, étant précisé que la rente d'invalidité octroyée par l'AI concernait exclusivement des troubles dégénératifs qui n'étaient pas à charge de l'assurance-accidents (pièce 120).

L'hoirie a contesté ce point de vue et a réclamé qu'une décision formelle soit rendue (pièces 121 et 125).

H.b Afin de prendre position, la CNA a soumis le dossier à sa Division médecine du travail en demandant s'il était possible d'établir à partir de quand la silicose s'était aggravée au point de justifier une invalidité médico-théorique (pièce 129). Dans son appréciation du 6 août 2021 (pièce 132), la Dresse L _____ a constaté qu'en 1983, il n'y avait toujours pas d'obstruction et que, par la suite, si un trouble ventilatoire obstructif était mentionné, il n'était pas quantifié. Elle a également relevé qu'une oxygénothérapie avait été mise en place, ce qui indiquait qu'à ce moment, l'assuré souffrait d'une limitation pertinente de la fonction pulmonaire. Elle a dès lors demandé s'il était possible d'obtenir les protocoles de la fonction pulmonaire à partir de 1983 et à quelle date l'oxygénothérapie à domicile avait été initiée.

Contactée, la Ligue pulmonaire valaisanne a remis les prescriptions établies par le Dr F _____ le 11 juin 2014 et par le Dr M _____ le 18 juin 2015 pour l'octroi d'un système mobile d'administration d'oxygène, ainsi que la liste des moyens octroyés du 1^{er} juillet 2014 au 22 décembre 2015 (pièce 136). Aucun autre protocole des fonctions pulmonaires n'a pu être produit.

Le 9 décembre 2021, le Dr J _____ a rappelé que selon l'expertise du Dr K _____ - dont les conclusions avaient été acceptées par la CNA -, la cause principale de l'insuffisance respiratoire n'était pas la silicose pulmonaire ni l'emphysème, mais la pneumopathie interstitielle commune. Il a relevé que l'assuré bénéficiait pour cette affection d'un traitement d'oxygénothérapie introduit par le Dr M _____ - dont le dossier avait été remis à l'hoirie - et qu'après investigations, il s'avérait qu'un système mobile d'administration d'oxygène avait été prescrit dès le 1^{er} juillet 2014. Il a dès lors considéré qu'à cette date-là, on pouvait admettre que l'assuré présentait un tableau

clinique sévère sur le plan pulmonaire donnant droit à une indemnisation pour atteinte à l'intégrité maximale de 80% (pièce 148).

Par décision du 10 décembre 2021, la CNA a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 80%, a accepté de rembourser les frais médicaux en rapport avec la maladie professionnelle jusqu'à 5 ans avant le décès, a refusé l'octroi d'une allocation pour impotent et a refusé tout droit à une rente d'invalidité LAA, en relevant que l'assuré avait été mis au bénéfice d'une rente AI en 1983 en raison de problèmes de santé (troubles ORL consécutifs au syndrome de Menière et problèmes cardiaques) sans rapport avec la maladie professionnelle qui avait causé le décès et que cette dernière n'avait engendré des restrictions handicapantes qu'à partir de juillet 2014 (pièce 149).

I. Le 25 janvier 2022, l'hoirie a formé opposition (pièce 154). Elle a relevé que l'assuré avait bénéficié de moyens auxiliaires et d'oxygénothérapie pour ses troubles pulmonaires avant 2014, comme l'attestaient notamment les pièces suivantes :

- la demande de prestations AI de 1988,
- le rapport du Dr N _____ du Centre O _____ du 6 juin 2003, qui faisait état d'un syndrome restrictif léger sans obstruction équivalant à une pneumopathie interstitielle de type fibrose d'origine indéterminée,
- la facture de la pharmacie P _____ du 9 novembre 2006 pour la location de bonbonnes d'oxygène.

Elle a dès lors requis de recalculer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité dès 1988 (alors même que la demande de prestations AI a été déposée en 1982 ; pièce 61), de rembourser les frais médicaux dès 1979 et d'octroyer une rente d'invalidité, dès lors que la maladie professionnelle était reconnue de façon rétroactive.

Ces éléments ont été soumis au Dr J _____, qui a expliqué, dans son appréciation médicale du 24 mai 2022, que la silicose pulmonaire évoluait très souvent à bas bruit et que c'étaient les fonctions pulmonaires qui permettaient d'apprécier les répercussions fonctionnelles, lesquelles n'avaient pas fait l'objet d'un suivi régulier permettant d'apprécier l'évolution de manière exacte ; en outre, il a remarqué que même si cela avait été le cas, il aurait encore fallu faire la distinction avec les autres pathologies présentées par l'assuré au niveau pulmonaire. A cet égard, il a rappelé que l'assuré souffrait d'une cardiopathie ischémique et rythmique, qui pouvait expliquer les symptômes de fatigue, toux et dyspnée et pouvait justifier une oxygénothérapie intermittente, ainsi que d'une pneumopathie interstitielle, dont le lien de causalité avec l'activité professionnelle n'était que possible, contrairement à ce qu'avait soutenu le Dr K _____ dans son expertise du 17 janvier 2020 ; à cet égard, il a soutenu que

l'assuré ne pouvait pas être comparé à un mineur de fonds et que la cause la plus fréquente de l'atteinte était la fibrose pulmonaire idiopathique ; il a également tenu à relever que dans son appréciation du 15 juin 2020, la Dresse L _____ avait reconnu uniquement la silicose pulmonaire et le mésothéliome comme maladies professionnelles et non pas la pneumopathie interstitielle (pièce 165).

Par décision sur opposition du 10 juin 2022, la CNA a rejeté l'opposition et a renvoyé le dossier au secteur compétent pour rendre une décision sur la prise en charges des soins médicaux (pièce 169). S'agissant des autres points litigieux, à savoir le droit à une rente d'invalidité LAA et la date du début du droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA a rappelé qu'il s'agissait de savoir à partir de quand les maladies professionnelles reconnues justifiaient une invalidité médico-théorique, étant précisé que la pneumopathie interstitielle ne pouvait pas être qualifiée de maladie professionnelle, que l'assuré souffrait d'autres maladies permettant d'expliquer les limitations fonctionnelles et que le seul témoin réellement objectivable d'une limitation pertinente de la fonction pulmonaire était l'oxygénothérapie initiée à domicile en juillet 2014.

J. Le 8 juillet 2022, l'hoirie a recouru céans contre ce prononcé, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée, à l'octroi d'une rente d'invalidité dès 1988 et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité dès 1988. Elle a rappelé que l'assuré avait souffert de problèmes respiratoires entraînant parfois des incapacités de travail depuis 1962 déjà et a remarqué que les restrictions handicapantes ne dataient pas de 2014 puisque l'assuré avait bénéficié d'oxygénothérapie déjà avant cette date, comme le prouvait la demande de prestations AI de 1988. S'agissant de la pneumopathie interstitielle, elle a relevé que le Dr K _____ l'avait qualifiée de maladie professionnelle au terme de son expertise qui avait été admise par la CNA. Elle a remis une prise de position établie le 7 juillet 2022 par l'expert, dans laquelle ce dernier estimait que la CNA avait interprété de manière erronée son raisonnement et n'avait fourni aucun argument scientifiquement étayé pour réfuter son analyse ; l'expert a une nouvelle fois expliqué les étapes et les éléments qui l'avaient conduit à admettre que la pneumopathie interstitielle commune de l'assuré (décelée pour la première fois au scanner du 19 décembre 2015) était due de manière prépondérante, soit à plus de 50%, à une exposition professionnelle à la silice.

Répondant le 2 septembre 2022, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition. Elle a rappelé que la cause principale du décès était la pneumopathie interstitielle commune, qui n'avait pas été retenue comme maladie professionnelle par la Dresse L _____, et que seule la silicose pulmonaire entraînait

en ligne de compte. Or, elle a constaté qu'il n'existait pas de suivi des fonctions pulmonaires permettant de connaître l'évolution des répercussions fonctionnelles et que seule la prescription de l'oxygénothérapie à domicile permettait de fixer approximativement le moment de l'apparition de l'invalidité médico-théorique ; or, à cet égard, elle a estimé qu'avant le 1^{er} juillet 2014, il n'était pas possible de savoir exactement pour quelle affection l'oxygénothérapie avait été prescrite, puisque la cardiopathie pouvait également justifier cette thérapie.

Dans sa réplique du 16 septembre 2022, la recourante a tenu à souligner qu'en 2006, le Dr M _____ estimait que la problématique de l'assuré n'était pas d'origine cardiaque, de sorte qu'il était clair que l'oxygénothérapie n'avait pas été prescrite en raison de la cardiopathie. Elle a également cité la conclusion de la Dresse L _____, selon laquelle l'assuré était décédé d'une maladie professionnelle.

Dupliquant le 18 octobre 2022, l'intimée a relevé que le Dresse L _____ avait clairement expliqué pourquoi elle ne pouvait pas admettre de troubles ventilatoires obstructifs, respectivement d'invalidité médico-théorique, avant 2014, sans avoir à disposition les enregistrements des fonctions pulmonaires.

Dans une ultime détermination du 21 novembre 2022, la recourante a rappelé que la CNA avait accepté la maladie professionnelle et que le dossier établissait que l'assuré présentait des restrictions pulmonaires avant 2014, nécessitant de l'oxygénothérapie, dont la facture la plus ancienne qui avait pu être retrouvée datait du 9 novembre 2006.

En l'absence de remarques de l'intimée, l'échange d'écritures a été clos le 6 janvier 2023.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 8 juillet 2022, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 10 juin précédent, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'autorité compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité en raison de la maladie professionnelle et sur la date du début du droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité reconnu par l'intimée.

3. En premier lieu, il sied de rappeler que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (et vice-versa, cf. ATF 133 V 549 et 131 V 362 consid. 2.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_374/2021 du 13 août 2021 consid. 5.6 ; 8C_507/2022 du 28 novembre 2022 consid. 6.6 ; 8C_530/2022 du 25 avril 2023 consid. 4.3.1), dès lors que l'assurance-invalidité tient compte de l'état de santé global de l'assuré et non uniquement des atteintes accidentelles ou professionnelles. Ainsi, les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité sont indépendantes (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3) et la recourante ne peut rien tirer du fait que l'assurance-invalidité a accepté d'allouer à l'assuré une rente AI de 1983 à 1993.

4. La recourante prétend à l'octroi d'une rente d'invalidité en raison des maladies professionnelles reconnues par le Dr K _____ dans son expertise du 17 janvier 2020, à savoir la pneumopathie interstitielle, la silicose pulmonaire et le mésothéliome malin de la plèvre. Pour sa part, l'intimée conteste les conclusions du Dr K _____ relatives à la pneumopathie interstitielle et estime que le début de l'invalidité médico-théorique ne peut pas être fixé avant la prescription de l'oxygénothérapie à domicile en 2014.

4.1

4.1.1 En vertu de l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel (art. 7 LAA), d'accident non professionnel (art. 8 LAA) ou de maladie professionnelle (art. 9 LAA).

Selon l'article 9 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPG) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent (al. 1). 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 (al. 2). 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. 6 LPGGA) (al. 3).

Aux termes de l'article 18 alinéa 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). L'invalidité est une notion économique et non médicale. Ce sont les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain qui sont déterminantes et non le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin. Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGGA).

4.1.2 Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

4.1.3 Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou

comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). 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. Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 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 contraire. Il n'en va différemment que si ces 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

4.2 En l'espèce, le 24 mai 2019, l'intimée a ordonné la mise en œuvre d'une expertise auprès du Dr K _____, afin de déterminer les maladies dont souffrait l'assuré, depuis quand elles existaient et si elles étaient dues exclusivement ou de manière prépondérante à l'exercice de l'activité professionnelle. Dans son rapport du 17 janvier 2020 (pièce 91), l'expert a relevé la présence de 21 maladies. Il a conclu que le décès était dû à une insuffisance respiratoire attribuable à la conjonction des maladies suivantes : de manière prépondérante à une pneumopathie interstitielle commune, de manière non prépondérante à une silicose pulmonaire simple, de manière non prépondérante à un emphysème pulmonaire, à une bronchopneumonie et à des fractures des côtes. Au terme de son raisonnement, il a estimé que la pneumopathie interstitielle visible pour la première fois au scanner du 19 décembre 2015 était due à plus de 50% à une exposition professionnelle, que la silicose pulmonaire simple était due exclusivement à l'exposition professionnelle, que le mésothéliome malin de la plèvre (découvert fortuitement à l'autopsie et qui n'était pas la cause du décès) était

exclusivement dû à une exposition professionnelle et que l'emphysème pulmonaire et la bronchite chronique étaient probablement d'origine professionnelle, en l'absence de tabagisme.

Le 15 juin 2020, l'intimée a soumis l'expertise à la Dresse L _____, qui a confirmé « dass der Versicherte an folgenden Berufskrankheiten gelitten hat : an einer Silikose sowie auch an einem linksseitigen Pleuramesotheliom » (que l'assuré souffrait des maladies professionnelles suivantes : silicose et mésothéliome pleural gauche). La spécialiste en médecine du travail n'a pas mentionné les autres diagnostics retenus par l'expert, sans toutefois donner d'explications. Elle a conclu son bref avis en ces termes : « In der Gesamtschau der Befunde ist allerdings davon auszugehen, dass der Versicherte an den Folgen der Sepsis im Rahmen der Pneumonie verstorben ist. Die Pneumonie ist im Gefolge der Berufskrankheiten zu interpretieren. Damit ist der Versicherte an den Folgen seiner Berufskrankheiten verstorben » (au vu des résultats globaux, on peut supposer que l'assuré est décédé des suites d'une septicémie dans le cadre d'une pneumonie, qui doit être interprétée comme une conséquence des maladies professionnelles, de sorte que l'assuré était décédé des suites de ses maladies professionnelles) (pièce 100). Sur la base de cet avis, l'intimée a reconnu le droit à une rente de veuve (pièce 101).

Invité à statuer sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, le Dr J _____ a indiqué, le 9 décembre 2021, que selon l'expertise du Dr K _____ - dont les conclusions avaient été acceptées par la CNA -, la cause principale de l'insuffisance respiratoire n'était pas la silicose pulmonaire ni l'emphysème, mais la pneumopathie interstitielle commune, pour laquelle un traitement d'oxygénothérapie avec système mobile d'administration d'oxygène avait été prescrit dès le 1^{er} juillet 2014. Il a dès lors considéré qu'à cette date-là, on pouvait admettre que l'assuré présentait un tableau clinique sévère sur le plan pulmonaire donnant droit à une indemnisation pour atteinte à l'intégrité maximale de 80% (pièce 148).

Par la suite, dans le cadre de l'examen du droit à la rente d'invalidité, le Dr J _____ a mis en doute les conclusions du Dr K _____. Alors que la pneumopathie interstitielle l'avait conduit à admettre une indemnité pour atteinte à l'intégrité, il a cette fois-ci estimé que la relation entre la pneumopathie interstitielle commune et l'activité professionnelle n'était pas démontrée. Pour justifier sa position, il a rappelé que le 15 juin 2020, la Dresse L _____ n'avait reconnu que la silicose et le mésothéliome comme maladies professionnelles. Or, comme relevé ci-dessus, dans cet avis, la Dresse L _____ n'a aucunement expliqué pourquoi elle ne retenait pas les autres atteintes

admises par le Dr K _____. Aucunement motivé, ce rapport ne saurait suffire à écarter l'expertise de ce dernier. Le Dr J _____ a encore tenu à souligner que le travail dans une fonderie ne pouvait pas être assimilé à celui d'un mineur de fonds et que les articles cités dans l'expertise ne correspondaient pas forcément à la vérité scientifique reconnue au niveau international. Comme l'a relevé le Dr K _____ dans sa prise de position du 7 juillet 2022, l'intimée n'a toutefois fourni aucun contre-argument scientifiquement étayé ni de documentation à l'appui de ses affirmations, pour réfuter le raisonnement de l'expert. Ce dernier a une nouvelle fois expliqué en détail les étapes de son raisonnement, permettant ainsi de démontrer qu'il n'y avait pas de contradictions dans son expertise et que l'avis du Dr J _____ relevait d'une mauvaise interprétation de son contenu. Cet exposé clair et cohérent convainc la Cour.

La Cour remarque par ailleurs que ni la Dresse L _____ ni le Dr J _____ n'ont expliqué pour quelles raisons l'emphysème pulmonaire et la bronchite chronique ne pouvaient pas être mis en lien de causalité prépondérante avec l'exposition professionnelle à la silice, comme l'a retenu le Dr K _____ (cf. ch. 2.1 et 4 de l'expertise ; pièce 91). Incomplète et contradictoire, l'appréciation des médecins de l'intimée ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante.

Au vu de ces considérations, la Cour estime qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise ordonnée par l'intimée et réalisée par le Dr K _____ en pleine conformité avec les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. Il sied dès lors d'admettre comme maladies professionnelles : le mésothéliome malin de la plèvre, la silicose pulmonaire, la pneumopathie interstitielle commune, l'emphysème pulmonaire et la bronchite chronique (cf. ch. 2.1 de l'expertise du 17 janvier 2020 ; pièce 91, p. 3).

4.3 Pour savoir si le droit à une rente d'invalidité existe, il sied d'examiner s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'une ou l'autre de ces maladies professionnelles a été la cause, avant l'âge de la retraite de l'assuré (en août 1993), d'une incapacité de travail, respectivement de limitations fonctionnelles conséquentes, justifiant une invalidité médico-théorique.

4.3.1 S'agissant du mésothéliome de la plèvre, ce dernier a été découvert fortuitement à l'autopsie du 23 décembre 2015 et n'a pas joué de rôle dans le décès de l'assuré. Il sied dès lors de considérer qu'il n'a pas été à l'origine d'une incapacité de travail, respectivement d'une invalidité, durant l'activité professionnelle.

4.3.2 Il en va de même de l'emphysème pulmonaire qui, selon les conclusions de l'expert, a été mis en évidence pour la première fois lors du scanner du 19 décembre 2015.

4.3.3 Concernant la silicose pulmonaire, le Dr K _____ a constaté qu'il n'avait pas été possible de l'établir entre 1980 et 1992, date de la dernière expertise (à savoir celle du Dr G _____ ; pièce 60, p. 11). Il a expliqué que cette atteinte n'avait pas été massive et progressive et avait évolué à bas bruit. En outre, il a relevé qu'au moment du décès, la silicose n'était pas prépondérante comme cause de l'insuffisance respiratoire. Rien ne permet dès lors de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré aurait connu des limitations fonctionnelles invalidantes liées spécifiquement à cette atteinte au cours de son activité professionnelle.

4.3.4 Il en va de même de la pneumopathie interstitielle commune. Selon l'expert, cette atteinte a été mise en évidence pour la première fois au scanner du 19 décembre 2015. Toutefois, à la lecture attentive des pièces du dossier, la Cour constate que le diagnostic a été mentionné en 2003 par le Dr N _____ dans son rapport du 6 juin 2003 (cf. pièces annexées à l'opposition du 25 janvier 2022 ; pièce 155, p. 16) ; celui-ci faisait état d'un syndrome restrictif léger sans obstruction équivalant à une pneumopathie interstitielle de type fibrose d'origine indéterminée. Cependant, force est de constater qu'à cette date, l'assuré était déjà à la retraite depuis de nombreuses années. Cette maladie professionnelle n'ouvre dès lors pas le droit à une rente d'invalidité LAA.

4.3.5 Enfin, force est de constater que si l'assuré souffrait effectivement déjà de bronchite chronique ou d'asthme bronchique (à savoir des symptômes de toux et des difficultés à respirer) avant sa retraite, il ressort de la dernière expertise établie le 3 mars 1994 par le Dr G _____ - soit dans le courant de l'activité professionnelle -, que cette atteinte était bien traitée. Selon le Dr G _____, les examens fonctionnels étaient dans les limites de la normale et il n'existait pas d'invalidité médicale théorique imputable à une atteinte pulmonaire - à charge de l'assurance-accidents (cf. pièce 60, p. 5). Sur la base des avis médicaux à sa disposition, la CNA avait alors informé l'assuré par communication - non contestée - du 11 avril 1994 (pièce 60, p. 1), que l'existence d'une maladie professionnelle était toujours ni certaine ni probable et que l'allocation de prestations d'assurance n'entraînait pas en considération.

La Cour observe qu'à cette date, l'oxygénothérapie prescrite par le Dr F _____ - au moins depuis fin 1982 au vu de la demande de prestations AI (cf. questionnaire à l'intention de la Commission AI ; pièce 61, p. 2) - était bien connue et faisait partie des

traitements permettant d'améliorer les symptômes de l'assuré. Il ne s'agit dès lors pas d'un nouvel élément justifiant de reconsidérer la position de l'intimée, à cette époque, de refuser tout droit à des prestations de l'assurance-accidents.

5. Le recourant réclame encore l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité depuis 1988 et non depuis 2014.

A cet égard, la Cour constate que le Dr J _____ a admis l'existence d'une atteinte à l'intégrité en raison de la pneumopathie interstitielle commune reconnue comme maladie professionnelle et ayant entraîné le besoin d'un traitement d'oxygénothérapie à domicile dès le 1^{er} juillet 2014, sur prescription du Dr F _____ le 11 juin 2014 et du Dr M _____ le 18 juin 2015 (pièce 136).

Comme on l'a vu ci-dessus, avant ces ordonnances médicales, le diagnostic de pneumopathie interstitielle avait déjà été cité une fois par le Dr N _____ dans son rapport du 6 juin 2003 (cf. pièces annexées à l'opposition du 25 janvier 2022 ; pièce 155, p. 16) ; l'assuré présentait alors un syndrome restrictif léger sans obstruction, pour lequel le pneumologue avait renoncé à introduire une corticothérapie ainsi qu'une oxygénothérapie à domicile. Ainsi, il n'est pas possible d'affirmer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'appareillage et l'oxygénothérapie prescrits par le Dr F _____ depuis 1982 (cf. questionnaire à l'intention de la Commission AI ; pièce 61, p. 2) l'étaient spécifiquement en raison d'une maladie professionnelle.

Dans ces conditions, l'appréciation du Dr J _____ du 9 décembre 2021 (pièce 148) estimant qu'un tableau clinique sévère ne peut être reconnu qu'à partir du 1^{er} juillet 2014 ne souffre d'aucune critique.

6. En tous points mal fondé, le recours est rejeté et la décision sur opposition du 10 juin 2022 confirmée. Le dossier étant suffisamment clair et probant, il n'y a pas lieu mettre en œuvre de plus amples mesures d'instruction (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid.4.1).

7.

7.1 La procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais.

7.2 Vu le sort du litige, il n'est pas alloué de dépens.

Par ces motifs,

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 3 septembre 2024