RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1134/2005 **ATAS/1071/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 30 novembre 2006

En la cause

Monsieur G_____, domicilié , F-74940 ANNECY-LE-VIEUX recourant

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Doris WANGELER et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Monsieur G_____, né en 1950, a exercé des années durant la profession d'imprimeur, d'abord en France, de 1966 à 1983, puis en Suisse, de 1987 à 1999.

2. Il souffre de troubles dorsaux depuis plusieurs années : en 1979, il a ressenti une forte douleur dans le dos; le 26 avril 1979, il a été opéré d'une hernie discale L5-S1 gauche, puis, le 19 mars 1997, pour exérèse de la hernie.

3. Depuis le 9 avril 1999, il est dans l'incapacité complète de travailler.

4. L'assuré a encore subi plusieurs interventions : le 20 août 1999 (arthrodèses L4-L5 et L5-S1 pour discopathies), le 9 janvier 2004 (mise en place d'une électrode de stimulation médullaire) et le 20 janvier 2004 (internalisation du système avec mise en place de la pile.

5. Par décision du 6 avril 2001, l'Office d'invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAI) lui a octroyé une rente entière d'invalidité à compter du 1er avril 2000.

6. Par courrier du 20 septembre 2004, l'assuré a contacté la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA) et a produit un bref certificat médical émanant de son médecin traitant, le Dr. A_____, exerçant à Annecy, dont il ressort qu'il présente des lombalgies chroniques avec discopathies étagées et sciatiques récidivantes et que "cette pathologie justifie sa prise en charge au titre de la maladie professionnelle".

7. Le 25 novembre 2004, par le biais de son dernier employeur - l'imprimerie X_____SA -, l'assuré a formellement demandé à la SUVA d'examiner la possibilité de lui verser des prestations pour cause de maladie professionnelle.

8. L'assuré a été entendu par un collaborateur de la SUVA en date du 11 janvier 2005. Il a indiqué avoir subitement ressenti des pincements au niveau de sa colonne lombaire dans les années 1979. Ces douleurs sont apparues sans qu'aucun événement tel que chute, glissage ou autre fait particulier ne l'ait déclenché. La douleur est survenue d'un coup avec une forte intensité. Tout d'un coup, l'assuré s'est retrouvé plié en deux et il a fallu l'opérer dans les trois jours à la "établissement hospitalier" d'Argonnay. Il a ensuite repris très rapidement son activité professionnelle après deux mois sans traitement médical. Il n'a plus ensuite eu de séquelles jusqu'à 1995. C'est alors que sont apparues de nouvelles douleurs lombaires sans qu'aucun élément déclencheur ne soit survenu non plus. En revanche, l'intensité de ses douleurs était cette fois supportable. L'assuré a continué à travailler tout en se soignant. Entre 1995 et 1997, la douleur n'a cessé d'augmenter malgré la prise de médicaments, raison pour laquelle une nouvelle intervention chirurgicale a été faite le 19 mars 1997.

Ont suivi six mois d'arrêt de travail. Dans le courant du mois d'avril 1999, l'assuré a à nouveau eu des crises de douleurs et a été une nouvelle fois hospitalisé le 16 avril 1999, date à partir de laquelle il s'est retrouvé dans l'incapacité totale de travailler.

9. Le 11 janvier 2005, le Dr B_____, médecin d'arrondissement de la SUVA a brièvement estimé que d'une part, l'atteinte de l'assuré ne figurait pas dans la liste des maladies professionnelles et que, d'autre part, il s'agissait d'un état dégénératif multifactoriel qui ne pouvait être attribué à une seule cause.

10. Par décision du 18 janvier 2005, la SUVA a rejeté sa demande au motif que l'assuré ne présentait pas de maladie professionnelle.

11. Le 18 février 2005, l'assuré a formé opposition contre cette décision.

12. Par décision du 4 mars 2005, la SUVA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 18 janvier 2005. Elle a estimé que le cas ne pouvait être qualifié de maladie professionnelle, s'est référée à cet égard à l'avis de son médecin-conseil et a jugé qu'aucun indice médical concret ne permettait d'admettre le contraire.

13. Par courrier du 13 avril 2005, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il allègue qu'il bénéficie d'une rente de l'assurance-invalidité depuis le mois d'avril 2000 et que les interventions chirurgicales lombaires qu'il a subies sont la conséquence des exigences de son métier d'imprimeur, lequel sollicite le dos et implique la manipulation de lourdes charges. L'assuré fait valoir qu'il a déposé une demande d'indemnisation pour maladie professionnelle en France et que sa demande a été admise, pour les périodes durant lesquelles il a exercé sa profession dans ce pays.

14. Le 30 mai 2005, le Dr. C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, après étude du dossier, a fait remarquer que les troubles du dos ne figuraient pas dans la liste des affections réputées dues à certains travaux et que pour cette raison la pathologie lombaire de l'assuré - une discopathie, suite au développement d'une hernie discale et de lombo-sciatalgies récidivantes - ne pouvait être considérée en Suisse comme maladie professionnelle que s'il était prouvé qu'elle a été causée exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle. Dans ce contexte, le médecin a expliqué qu'il fallait démontrer que l'affection rachidienne était observée quatre fois plus fréquemment (nettement prépondérante = 75% de causalité) chez les personnes qui exercent une activité professionnelle à risque que dans la population générale. A cet égard, le médecin a rappelé qu'à de rares exceptions près, toutes les activités professionnelles étaient plus ou moins astreignantes pour la colonne vertébrale. En effet, si l'on se réfère aux statistiques, il s'avère que les activités qui requièrent le soulèvement de lourdes charges ou la prise de positions extrêmes du tronc, pratiquées durant de longues années, ont une influence plus importante dans la genèse des discopathies que la sollicitation du rachis induite par une position du corps monotone comme celle requise pour exercer une activité sédentaire.

Cette notion selon laquelle les efforts physiques requis par le travail constitue un facteur de risque lombalgique, voire de développement de discopathies, est étayée par diverses études épidémiologiques. Le médecin s'est référé à de nombreuses études scientifiques pour finalement conclure que l'activité professionnelle d'imprimeur, exercée par l'assuré pendant trente ans, qui requiert entre autres la manutention fréquente de lourdes rames de papier, constitue un des facteurs de risque de développement d'une discopathie lombaire mais qu'elle n'est cependant pas seule en cause : selon lui, dans l'étiologie multifactorielle de la discopathie, l'élément génétique a la préséance, comme en témoignent les données actuelles de la littérature médicale. S'il paraît vraisemblable que les agents physiques comme le soulèvement et le port de charges élevées sont également impliqués, ils ne le sont cependant qu'au titre de co-facteur étiologiques.

En conclusion, le Dr C_____ a estimé que l'activité professionnelle de l'assuré avait constitué une des facettes étiologiques de la discopathie lombaire développée au fil des ans sans en être la cause prépondérante requise par la loi pour admettre l'existence d'une maladie professionnelle.

15. Invitée à se prononcer, l'intimée, dans sa réponse du 10 juin 2005, a conclu au rejet du recours. Elle a invoqué les avis des Drs B_____ et C_____, ce dernier ayant établi d'une part, que la discopathie était un phénomène complexe de nature multifactorielle et, d'autre part ,que la causalité qualifiée requise n'était pas donnée en l'espèce. Enfin, elle a fait remarquer que la notion de maladie professionnelle est différente en droit suisse et en droit français et que l'on ne saurait donc déduire du simple fait que l'assuré s'est vu octroyer des prestations en France qu'il a droit à des prestations en Suisse.

16. Par courrier du 27 juin 2005, l'assuré a maintenu sa position en faisant remarquer qu'il n'avait jamais été examiné par le Dr C_____.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, les faits déterminants remontent à l'année 1979. En conséquence, sur le plan matériel, la LPGA ne s'applique que pour la période postérieure à son entrée en vigueur, étant précisé que les modifications légales qu'elle contient constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Toutefois, en dérogation à la LPGA, l'art. 106 LAA prévoit un délai de recours de trois mois. Étant donné que la décision sur opposition date du 12 septembre 2005 et que le recourant l'a reçue le 14 septembre 2005, le recours déposé le 14 décembre 2005 a été formé en temps utile. Interjeté dans les forme et délai légaux, il est recevable en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. a) Selon l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent. Se fondant sur cette délégation de compétence, ainsi que sur l'art. 14 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), le Conseil fédéral a dressé à l'annexe I de l'OLAA la liste des substances nocives, d'une part, et la liste de certaines affections, ainsi que des travaux qui les provoquent, d'autre part.

   Selon la jurisprudence, l'exigence d'une relation prépondérante est réalisée lorsque la maladie est due pour plus de 50 % à l'action d'une substance nocive mentionnée dans la première liste, ou que, dans la mesure où elle figure parmi les affections énumérées dans la seconde liste, elle a été causée à raison de plus de 50 % par les

travaux indiqués en regard. En revanche, l'exigence d'une relation exclusive signifie que la maladie professionnelle est due pratiquement à 100 % à l'action de la substance nocive ou du travail indiqué (ATF 119 V 200 consid. 2a et la référence ; RAMA 2000 n° U 398 p. 333 et sv consid. 3).

b) Aux termes de l'art. 9 al. 2 LAA, sont 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. D'après la jurisprudence, l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante est remplie lorsque la maladie est due pour 75 % au moins à l'exercice d'une telle activité (ATF 126 V 186 consid. 2b, 119 V 201 consid. 2b et la référence). En d'autres termes, il faut que les cas d'atteinte pour un groupe professionnel déterminé soient quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général (ATF 116 V 143 ; RAMA 1999 p. 108).

A côté du système des listes, cette clause générale doit ainsi permettre de combler d'éventuelles lacunes et avoir en quelque sorte la fonction d'un « filet de secours ». D'après MORGER, les prestations accordées en vertu de l'art. 9 al. 2 LAA correspondent en quelque sorte à des prestations pionnières, en ce sens qu'elles seront ultérieurement appelées à être allouées sur la base des listes prévues à l'al. 1er. En d'autres termes, si des substances et des travaux figurent dans les listes prévues à l'art. 9 al. 1 LAA, c'est parce que le Conseil fédéral leur a d'ores et déjà reconnu une certaine faculté causale juridiquement décisive, tandis qu'il n'en a pas fait autant là où il faut recourir à la clause générale (G. SCARTAZZINI, « Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale » p. 100 à 102). Il incombe à l'assuré de rendre vraisemblable, avec un degré de présomption suffisant, que son affection est due, dans la proportion requise à son activité professionnelle (ATF 116 V 142). La clause générale ne signifie pas que l'assureur-accidents soit tenu de verser des prestations pour toute affection qui s'est manifestée au cours du travail. La prise en charge par l'assurance-accidents d'une maladie professionnelle suppose, outre une relation exclusive ou nettement prépondérante, la survenance d'une affection typique de la profession considérée (ATF 116 V 143).

6. En l'espèce, les lombalgies chroniques ne figurent pas sur la liste des affections de l'annexe I de l'OLAA. L'examen des conditions liées à la reconnaissance d'une maladie professionnelle doit ainsi se faire d'abord en application de l'art. 9 al. 2 OLAA.

7. A plusieurs reprises, le Tribunal fédéral des assurances a examiné la question de savoir si l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante au sens de l'art. 9 al. 2 LAA est à apprécier principalement sur le vu des bases épidémiologiques médicalement reconnues ou si, au contraire, ce sont les circonstances particulières de l'occupation professionnelle qui doivent prévaloir (notamment ATF 126 V 183 ; RAMA 2000 N° U 408, p. 407). Dans ces affaires, la Haute Cour a rappelé

qu'en médecine générale, la relation de cause à effet ne peut que rarement être tirée ou déduite à la manière d'une science mathématique. Compte tenu du caractère empirique de la médecine, lorsqu'une preuve directe ne peut être rapportée à propos d'un état de fait médical, il est bien plutôt nécessaire de procéder à des comparaisons avec d'autres cas d'atteintes à la santé, soit par une méthode inductive ou par l'administration de la preuve selon ce mode. Dans ce cadre, la question de savoir si et dans quelle mesure la médecine peut, au regard de l'état des connaissances dans le domaine particulier, donner ou non d'une manière générale des informations sur l'origine d'une affection médicale joue un rôle décisif dans l'admission de la preuve dans un cas concret. S'il apparaît comme un fait démontré par la science médicale qu'en raison de la nature d'une affection particulière, il n'est pas possible de prouver que celle-ci est due à l'exercice d'une activité professionnelle, il est hors de question d'apporter la preuve, dans un cas concret, de la causalité qualifiée.

Selon la jurisprudence, dans la mesure où la preuve d'une relation de causalité qualifiée selon l'expérience médicale ne peut pas être apportée de manière générale, l'admission de celle-ci dans le cas particulier est exclue. En revanche, si les connaissances médicales générales sont compatibles avec l'exigence légale d'une relation causale nettement prépondérante, voire exclusive, entre une affection et une activité professionnelle déterminée, subsiste alors un champ pour des investigations complémentaires en vue d'établir, dans le cas particulier, l'existence de cette causalité qualifiée (ATF 126 V 189, consid. 4c et les références).

8. S'agissant de la profession d'imprimeur et des risques qu'elle comporte, le Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, s'est référé à de nombreuses études scientifiques pour finalement conclure que l'activité professionnelle d'imprimeur, qui requiert entre autres la manutention fréquente de lourdes rames de papier, constitue certes l'un des facteurs de risque de développement d'une discopathie lombaire mais n'est cependant pas seule en cause. Selon lui, s'il paraît vraisemblable que le soulèvement et le port de charges élevées sont impliqués, ils ne le sont cependant qu'au titre de co-facteurs étiologiques. En conclusion, le Dr C_____ a estimé que l'activité professionnelle de l'assuré avait constitué une des facettes étiologiques de la discopathie lombaire développée au fil des ans sans en être la cause prépondérante requise par la loi pour admettre l'existence d'une maladie professionnelle.

9. L'appréciation de cet expert convainc le Tribunal de céans, l'avis pour le moins lapidaire du médecin traitant ne suffisant pas à créer un doute qui permettrait de s'écarter des conclusions du Dr C_____, d'autant que l'avis du médecin-traitant, qui exerce en France, se réfère à la législation de ce pays. Or, ainsi que le fait remarquer l'autorité intimée, la notion de maladie professionnelle n'est pas la même en Suisse.

En conséquence, force est de constater qu'un lien de causalité exclusif ou nettement prépondérant entre les atteintes et l'exercice de l'activité professionnelle n'a pas été établi au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 LAA.

Aussi est-ce à juste titre que l'assureur a nié en l'espèce l'existence d'une maladie professionnelle.

10. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière — La Présidente :

Janine BOFFI — Karine STECK

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