RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1273/2004 **ATAS/423/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 26 avril 2006

En la cause

Monsieur C_____, domicilié à VEYRIER, représenté par CAP Protection juridique SA, rue Monnier 4, à Genève	recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE	intimée

Siégeant : Madame Juliana BALDE, Présidente; Mesdames Karine STECK et Maya CRAMER, Juges.

EN FAIT

1. Monsieur C_____, né le 1943, a travaillé en qualité de carreleur pour l'entreprise X_____à Onex, depuis le 1er décembre 1990. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA).

2. Par déclaration d'accident datée du 20 novembre 2002, l'employeur a annoncé à la SUVA que l'assuré était en arrêt de travail à 100% depuis le 13 septembre 2002, en raison d'une affection au genou. Le cas avait été pris en charge par l'assurance perte de gain en cas de maladie mais, selon le Dr A_____, médecin auprès de l'Office cantonal de l'inspection et des relations de travail (ci-après: OCIRT), il s'agissait d'une maladie professionnelle, dont la prise en charge relevait de l'assurance-accidents.

3. L'assuré a été entendu par la SUVA le 5 décembre 2002. Il a expliqué qu'il exerçait le métier de carreleur depuis 43 ans, ayant débuté son apprentissage de carreleur en Valais en 1959 et obtenu le CFC correspondant en 1962. Son activité consistait à poser du carrelage et du marbre. Il passait la plupart de son temps accroupi, pour tirer la chape et poser les carreaux et les plaques de marbre. Il ne connaissait pas d'antécédents médicaux particuliers aux genoux. Les douleurs avaient fait leur apparition de manière progressive et leur intensité était plus marquée pendant les jours de travail. En date du 13 septembre 2002, il a été contraint d'arrêter de travailler, car les douleurs au genou l'empêchaient de maintenir la position accroupie. Il n'a plus été en mesure de retravailler depuis, les indemnités journalières ayant été servies par l'assureur perte de gain en cas de maladie. Dans un premier temps, il a consulté son médecin traitant, le Dr B_____, qui l'a adressé au Dr C_____. Ce dernier a suggéré une arthroscopie du genou gauche. L'assuré a souhaité obtenir un deuxième avis médical du Dr A_____.

4. Par lettre du 17 décembre 2002, le Dr A_____ a exposé à la SUVA que l'assuré avait travaillé pendant 43 ans en tant que carreleur. Tant les articulations des pouces que celles des genoux avaient été très sollicitées. Les conditions de travail auxquelles l'assuré avait été exposé avaient certainement contribué dans une proportion très importante à la survenue de la rhizarthrose bilatérale ainsi que de la gonarthrose gauche invalidante dont il souffrait. Le Dr A_____ a aussi signalé que l'assuré avait travaillé dans les années 1960 - 1970 en contact étroit avec les entreprises de flocage d'amiante.

5. Le Dr B_____, médecin traitant de l'assuré, a expliqué, dans un courrier du 13 janvier 2003 à la SUVA, que son patient souffrait, notamment, de gonalgies gauches et d'une rhizartrose gauche stade II selon Dell. L'assuré avait aussi été exposé à l'amiante au début des années 70. Il joignait à son courrier le rapport du Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, daté du 28 octobre

2002, et celui daté du 3 août 1999 du Dr D_____, spécialiste en chirurgie de la main. Le premier médecin faisait état d'une chondropathie fémoro-patellaire et d'une lésion dégénérative du genou gauche. Quant au second, il précisait avoir été consulté en raison de douleurs de la base du pouce gauche. L'examen clinique mettait en évidence une importante déformation de la base du thénar avec hyperextension compensatrice de la métacarpo-phalangienne, adduction du 1er rayon sur le 2ème. Par ailleurs, la palpation et la mobilisation passive des articulations trapézo-métacarpienne et scapho-trapézo-trapézoïdienne étaient douloureuses et permettaient de constater des grattages articulaires. Le Dr D_____ a constaté une importante rhizarthrose à prédominance trapézo-métacarpienne avec présence d'une calcification volumineuse, quadrangulaire, dans les parties molles para-trapéziennes dorso-radiales. Il a posé le diagnostic de rhizarthrose gauche stade III selon Dell, le traitement préconisé étant la "résection du trapèze et suspension du 1er métacarpien selon Kleinmann." Le courrier du Dr B_____ était aussi accompagné du rapport de l'Institut de radiologie de la Clinique de la Colline, du 19 septembre 2002. La radiographie du genou gauche mettait en évidence un possible étanchement intra-articulaire et une dysplapsie fémoro-patellaire a minima.

6. Interpellé par la SUVA, le Dr C_____, a indiqué, dans un certificat du 27 janvier 2003, que l'assuré souffrait d'une gonalgie gauche depuis des années. Un épanchement intra-articulaire avait eu lieu le 13 septembre 2002. Il n'y avait pas de lésion ostéo-articulaire. Le diagnostic était de chondropathie fémoro-patellaire et de lésion dégénérative du genou (ménisque interne). Il préconisait une arthroscopie.

7. Le cas a été soumis au médecin d'arrondissement de la SUVA, afin d'établir si l'assuré souffrait d'une maladie professionnelle au sens de l'assurance-accidents.

8. Le Dr E_____ a examiné l'assuré en date du 11 août 2003 et a fait procéder à des radiographies supplémentaires. Dans son rapport du 22 septembre 2003, il a posé les diagnostics de bursite pré-rotulienne gauche, de gonarthrose gauche et de rhizarthrose bilatérale surtout symptomatique à gauche. Le Dr E_____ a considéré que seule la bursite prérotulienne était une maladie professionnelle, au sens de l'art. 9 al. 1 LAA. Toutefois, celle-ci ne justifiait pas une incapacité de travail de longue durée, même chez un carreleur. Quant à la rhizarthrose et la gonarthrose, elles ne faisaient pas partie de la liste des maladies professionnelles au sens de l'art. 9 al. 1 LAA et ne pouvaient pas non plus être considérées comme étant liées de manière prépondérante (plus de 75%) à l'activité professionnelle, au sens de l'art. 9 al. 2 LAA.

9. Par décision du 30 septembre 2003, la SUVA a informé l'assuré que les troubles aux mains ne pouvaient pas être assimilés à une maladie professionnelle. Partant, aucune prestation ne pouvait être allouée à cet égard. Le traitement des troubles du genou gauche était en revanche à la charge de la SUVA, mais ces troubles ne

justifiaient pas l'incapacité de travail. Partant, les conditions d'octroi des prestations d'assurance n'étaient pas réunies.

10. HELSANA a formé opposition provisoire contre cette décision en date du 3 octobre 2003.

11. Représenté par CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (ci-après: CAP), l'assuré a formé opposition en date du 28 octobre 2003. Il a fait valoir que tant l'affection aux mains que celle aux genoux étaient des maladies professionnelles au sens de l'art. 9 al. 2 LAA, dans la mesure où elles trouvaient leur origine, de manière prépondérante si ce n'est exclusive, dans l'activité professionnelle de carreleur, exercée pendant plus que quarante ans.

12. En date du 31 octobre 2003, HELSANA a informé la SUVA qu'elle confirmait son opposition provisoire après avoir recueilli l'avis de son médecin-conseil, dont elle joignait le rapport. Le Dr F_____ constait que le dossier médical mettait en évidence la présence d'une rhizarthrose au stade III selon Dell. Il était aussi question d'une gonarthrose gauche, bien qu'il y avait peu de signes selon les rapports radiologiques. Il y avait en revanche des signes de bursite. Selon le Dr F_____, le problème principal de l'assuré était la bursite due à la maladie professionnelle, les lésions de gonarthrose ayant été surinterprétées quant à la symptomatologie. Bien que ce diagnostic eût été posé beaucoup plus tard, les symptômes de cette maladie étaient déjà présents, le patient n'ayant pas à souffrir d'un délai de diagnostic. Le Dr F_____ en a conclu que l'arrêt de travail était imputable à un problème de maladie professionnelle, dont la prise en charge incombait à la SUVA. Quant à la longue durée de l'arrêt de travail, d'une maladie qui selon le Dr E_____ devait être guérissable, elle était certainement due à une non application par l'assureur LAA de ses devoirs d'assumer le cas.

13. La SUVA a soumis le rapport du Dr F_____ d'HELSANA à son médecin-conseil, pour observations. Le Dr E_____ a confirmé ses conclusions précédentes et précisé que la bursite, découverte en août 2003, était en l'occurrence pratiquement asymptomatique et n'entraînait donc pas d'incapacité de travail. Quant à la gonarthrose et à la rhizartrhrose, à l'origine de l'incapacité de travail, elles n'étaient pas constitutives d'une maladie professionnelle.

14. L'assuré a complété son opposition en date du 22 janvier 2004. En s'appuyant sur les conclusions du Dr F_____ d'HELSANA, il a fait valoir que la bursite, dont la SUVA ne contestait pas qu'il s'agissait d'une maladie professionnelle, était aussi à l'origine de l'arrêt de travail. Il faisait également valoir que la gonartrhose devait aussi être assimilée à une maladie professionnelle, au sens de l'art. 9 al. 2 LAA, dès lors qu'elle avait été causée par l'exercice de son activité professionnelle en position agenouillée ou accroupie. A cet égard, il était renvoyé à plusieurs études en la matière et à la pratique dans d'autres pays européens. Enfin, l'assuré se

plaignait d'une paralysie nerveuse qui était aussi une maladie professionnelle selon la LAA. Il fondait ce diagnostic sur le rapport du 23 octobre 2003 du Dr G_____, spécialiste FMH en neurologie electroneuromygraphique, qui révélait l'existence d'une neuropathie bilatérale très importante des nerfs médians au carpe touchant le versant sensitif et moteur et cela d'un point de vue myélinique et axonale avec des signes de dégénération aiguë concernant en tout cas le côté droit. Il existait par ailleurs une neuropathie du nerf cubital droit au coude touchant le versant sensitif d'un point de myélinique et axonale et le versant moteur uniquement d'un point de vue myélinique.

15. Interpellé par la SUVA, le Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, s'est déterminé en date du 17 février 2004 sur les différents diagnostics évoqués par l'assuré. S'agissant de la paralysie nerveuse du bras droit et du poignet gauche, il a relevé que le syndrome du tunnel carpien était, selon l'état des connaissances, une pathologie qui pouvait avoir de multiples origines, dont l'âge, le sexe, l'appartenance raciale, la dominance, la morphométrie du canal, la constitution, l'abus de nicotine ainsi que des facteurs mécaniques agissant sur l'articulation. Parmi les facteurs de prédispositions, le Dr H_____ retenait en l'espèce le surpoids de l'assuré (IMC de 30.5) une glycémie élevée et la bilatéralité du syndrome. Quant à l'influence de l'activité de carreleur, le Dr H_____ estimait que l'apparition des symptômes en 2003, après environ quarante ans de métier (l'assuré avait commencé son activité en 1959), militait contre une origine professionnelle du syndrome du tunnel carpien. En effet, s'il s'était agi d'une maladie professionnelle, le syndrome aurait dû faire son apparition quelques années après le début de l'activité de carreleur. L'âge de l'assuré jouait ainsi à cet égard un rôle important ainsi que les autres facteurs de prédisposition. Quant à la rhizarthrose bilatérale, le Dr H_____ exposait que les actions mécaniques extrinsèques jouaient un rôle absolument insignifiant. Par ailleurs, l'examen radiologique mettait en évidence une rhizarthrose légèrement plus marquée à gauche, alors que l'assuré était vraisemblablement droitier. Cet aspect ainsi que la répartition bilatérale de l'affection permettaient d'exclure une origine professionnelle prépondérante de la pathologie. L'effet négatif que l'activité professionnelle avait pu exercer ne pouvait pas être considéré comme la cause effective de la rhizarthrose. Enfin, la gonarthrose ne pouvait pas non plus être considérée comme une maladie professionnelle, compte tenu des autres facteurs entrant en ligne de compte, soit notamment l'âge et le surpoids. Pour pouvoir être qualifiée de maladie professionnelle au sens de la LAA, une affection devait apparaître quatre fois plus souvent chez les personnes exerçant un métier particulier, ce qu'aucune étude ne mettait en évidence s'agissant des arthroses dans des métiers mettant à contribution des parties du corps. En conclusion, le Dr H_____ estimait que le syndrome du canal carpien n'avait pas été causé de manière prépondérante par l'activité professionnelle et ni la rhizarthrose, ni la gonarthrose n'étaient causées essentiellement (75% ou plus) par l'activité de

carreleur. L'activité professionnelle de l'assuré avait pu entretenir les symptômes et même les aggraver mais pas en être l'origine. Partant, le cas relevait de l'assurance-maladie et non pas de l'assurance accidents.

16. Par décision du 15 mars 2004, la SUVA a rejeté les oppositions, au motif qu'aucune des affections dont souffrait l'assuré ne pouvait être qualifiée de maladie professionnelle. Se fondant sur les avis médicaux des Drs E_____ et H_____, la SUVA retenait que l'activité de carreleur n'avait pas été la cause prépondérante (plus de 75%) de la rhizartrhose et de la gonarthrose. Quant au syndrome du canal carpien, il convenait aussi d'exclure l'existence d'une maladie professionnelle, au vu de l'appréciation médicale documentée du Dr H_____ du 17 février 2004.

17. L'assuré a interjeté recours contre cette décision devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, en date du 15 juin 2004. Il a fait valoir, d'une part, que la bursite, qui était une maladie professionnelle, avait été diagnostiquée au plus tard en septembre 2002, et non pas en août 2003. Cela ressortait du rapport du Dr B_____ à HELSANA, du 23 septembre 2002. Partant, la position de la SUVA consistant à retenir que cette affection n'avait pas eu d'influence sur la capacité de travail de l'assuré puisqu'elle s'était déclarée lorsqu'il était déjà en arrêt de travail, tombait à faux. Il a d'autre part allégué que les autres affections dont il souffrait, à savoir la rhizarthrose et la gonarthrose, avaient été causées, exclusivement ou de manière nettement prépondérante, par l'exercice de son activité professionnelle. Le recourant a conclu, à titre préalable, à ce que la procédure de recours soit suspendue dans l'attente du rapport du Dr I_____, dont il avait requis l'avis pour étayer sa position. Sur le fond, il a conclu à ce que la SUVA soit condamnée à servir toutes les prestations d'assurance à compter du 13 septembre 2002.

18. Invitée à répondre, la SUVA a présenté ses observations en date du 16 septembre 2004. S'agissant de la bursite, la SUVA a reconnu, sur la base du rapport médical du Dr B_____, du 23 septembre 2002, que le diagnostic de bursite avait été posé en septembre 2002. Selon le médecin consulté par la SUVA à ce sujet, il était donc question de prendre en charge l'incapacité de travail à 100% dès le 13 septembre 2002, mais uniquement pour une durée de 3 semaines. En effet, la bursite était guérie après cette période, dès lors que le Dr C_____, lors de son examen du 24 octobre 2002, n'évoquait pas ce diagnostic. Les poussées ultérieures de bursite ne pouvaient pas être qualifiées de maladie professionnelle, étant donné que le recourant n'avait plus repris le travail depuis. S'agissant des autres affections, le recourant n'apportait aucune preuve de nature à mettre en doute les conclusions de la décision sur opposition.

19. Dans sa réplique du 13 décembre 2004, le recourant a pris note que la SUVA prendrait en charge trois semaines d'incapacité de travail pour la bursite. Pour le

surplus, il a persisté dans les conclusions de son recours, en insistant sur le fait que tant la rhizarthrorse que la gonarthrose avaient été causées, de manière nettement prépondérante, par l'exercice de l'activité professionnelle, la SUVA devant dès lors intervenir en application de l'art. 9 al. 2 LAA. Il joignait à sa réplique le rapport du Dr I_____ du 4 novembre 2004, spécialiste FMH en chirurgie-orthopédique. Dans ses conclusions, le Dr I_____ exposait que la bursite n'entraînait pas à elle seule une incapacité de travail. S'agissant de la gonarthrose gauche, elle trouvait son origine de manière nettement prépondérante dans la surcharge liée à l'activité professionnelle. En particulier, le Dr I_____ niait l'existence d'une surcharge pondérale; les chiffres retenus par le Dr H_____ (170 cm pour 87 kg) n'étaient pas correctes, le recourant mesurant 172 cm et pesant 83 kg, au 27 juillet 2004. Quant à la rhizarthrose, il était très probable que l'activité professionnelle eût été le facteur déclanchant. Quant au syndrome du tunnel carpien, le Dr I_____ estimait qu'il n'était pas possible d'exclure une cause professionnelle ou du moins l'aggravation d'une pathologie dont le point de départ ne serait pas d'origine professionnelle. Le Dr I_____ était d'avis qu'il fallait considérer les affections dont souffrait le recourant dans leur globalité, et évaluer le cas dans son ensemble.

20. La SUVA a présenté sa duplique en date du 15 mars 2005. Elle a relevé que le Dr I_____ était aussi d'avis que le diagnostic de bursite n'entraînait pas d'incapacité de travail. Quant aux conclusions de ce médecin concernant l'origine professionnelle de la gonarthrose, de la rhizarthrose et du syndrome du tunnel carpien, elles étaient réfutées par le Dr H_____, dans son rapport complémentaire du 9 février 2005. Ce médecin maintenait que le travail en position agenouillée ou accroupie pendant des années était certainement une cause partielle de survenue d'une arthrose aux genoux, mais, compte tenu des autres facteurs entrant en ligne de compte, à savoir notamment l'âge et la surcharge pondérale de l'assuré, l'origine professionnelle ne pouvait pas être qualifiée de fortement prépondérante. Il n'était pas non plus possible d'établir une causalité nettement prépondérante entre la rhizarthrose, d'une part, et l'activité professionnelle, d'autre part. De manière générale, la littérature scientifique en la matière ne permettait pas de conclure que des travaux pénibles étaient clairement la cause de l'arthrose. Une causalité prépondérante de l'activité professionnelle, au sens de l'art. 9 al. 1 LAA, pour le syndrome du tunnel carpien n'était pas non plus démontrée. Enfin, s'agissant de la surcharge pondérale du recourant, le Dr H_____ indiquait qu'il avait calculé l'indice de masse corporelle en se fondant sur les données recueillies par le Dr E_____, qu'il ne convenait pas de mettre en doute.

21. Le recourant a présenté une écriture complémentaire en date du 24 mai 2005, à laquelle était jointe la détermination du Dr I_____ du 20 avril 2005, en réponse au rapport du Dr H_____ du 9 février 2005. Le Dr I_____ exposait que les nombreuses références à la littérature scientifique évoquées par le Dr H_____ présentaient parfois des conclusions contradictoires, notamment

quant à l'influence de travaux pénibles sur le développement de l'arthrose. Il estimait par ailleurs que si l'arthrose a une origine multifactorielle, l'origine professionnelle était dans le cas d'espèce prépondérante, soit plus de 50%. Enfin, une étude danoise portant sur les troubles du genou par rapport aux positions à genoux, accroupie et chez les travailleurs de force, montrait une augmentation significative de la prévalence d'arthrose au genou pour les sujets avec un travail à genou ou accroupi, le rapport de prévalence dans la plupart de ces études étant de 1.4 à 4.1 fois. Dans un courrier séparé, daté du 14 avril 2005, le recourant précisait quant à lui, en substance, qu'il n'avait jamais été ni obèse ni en surpoids. Il mesurait 172 cm et il avait pesé pendant longtemps 72 kg.

22. Par courrier du 5 septembre 2005, le recourant a communiqué au Tribunal de céans une copie de la décision de l'Office de l'assurance-invalidité (OCAI) du 31 août 2005, l'informant qu'une rente d'invalidité entière lui était octroyée à partir du 13 septembre 2003, en raison d'une maladie de longue durée.

23. Le Tribunal a transmis une copie de cette correspondance à l'intimée, qui a sollicité, par courrier du 14 septembre 2005, la mise à disposition du dossier AI, et l'octroi d'un délai supplémentaire aux deux parties pour présenter des observations éventuelles.

24. Par ordonnance du 19 septembre 2005, le Tribunal a ordonné l'apport du dossier AI. Il en résulte que l'assuré a été expertisé en date des 22 juin et 2 juillet 2004 par le Dr J_____, spécialiste FMH en chirurgie. D'après les constatations de ce médecin, l'assuré présentait une surcharge pondérale, dès lors qu'il pesait 86 kg pour 173 cm, soit un BMI de près de 29. Les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient la rhizarthrose bilatérale prédominant du côté gauche, le syndrome bilatéral du tunnel carpien avec décompression chirurgicale du côté droit en novembre 2003 (présent depuis 1997) et la gonarthrose gauche prédominant au niveau des compartiments fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire (présente depuis 2002). La bursite prérotulienne bilatérale, qui avait fait son apparition en 2002, était en revanche sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré.

25. Après avoir pris connaissance du dossier de l'OCAI, la SUVA a informé le Tribunal, par lettre du 31 octobre 2005, que celui-ci ne contenait aucun élément nouveau de nature à modifier la décision entreprise.

26. En date du 30 novembre 2005, le recourant a indiqué au Tribunal que le dossier de l'AI ne contenait aucun élément susceptible d'influencer la procédure qui l'opposait à la SUVA. Si l'OCAI avait en effet bien retenu que les affections dont il souffrait étaient à l'origine d'une incapacité de travail entière, il ne s'était en revanche pas prononcé sur la question de savoir si ces diagnostics étaient constitutifs d'une maladie professionnelle, cette question n'étant pas pertinente aux fins de

l'assurance-invalidité. Pour le surplus, le recourant persistait dans les termes de ses conclusions et sollicitait la prise en charge par la SUVA des troubles dont il souffrait depuis le 13 septembre 2002.

27. Le 2 décembre 2005, le Tribunal a communiqué à la SUVA une copie de l'écriture du recourant. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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. 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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont 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.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 129 V 169 consid. 1 ; 129 V 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où l'incapacité de travail a débuté le 13 septembre 2002, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 15 mars 2004 à la lumière des anciennes dispositions de la LAA pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (voir ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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).

4. Interjeté dans les forme et délai légaux, devant l'autorité compétente, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA).

5. a) Dans un premier moyen, le recourant reproche à la SUVA de ne pas avoir servi des indemnités journalières en relation avec la bursite dont il souffre.

   b) Dans la décision sur opposition, la SUVA a reconnu que cette affection était bien dans le cas d'espèce une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 1 LAA, et que le traitement relatif aux troubles du genou gauche était par conséquent à sa charge. Elle estimait toutefois que la bursite n'entraînait pas d'incapacité de travail, dans la mesure où elle avait été diagnostiquée en août 2003, soit à une époque où l'assuré n'exerçait plus d'activité professionnelle. Suite au dépôt du recours, la SUVA a reconnu que la bursite avait déjà été diagnostiquée en septembre 2002. Des indemnités journalières devaient donc être servies au recourant pendant trois semaines tout au plus, la bursite n'ayant plus exercé d'influence sur la capacité de travail de l'assuré à partir de la mi-octobre 2002. En effet, le Dr C_____, dans son rapport du 28 octobre 2002, n'avait pas fait état du diagnostic de bursite. Quant aux rechutes et réapparitions de cette affection, elles n'étaient pas à la charge de la SUVA.

   c) La SUVA ne contestant pas que la bursite est en l'occurrence une maladie professionnelle, le litige ne porte que sur l'influence de cette affection sur la capacité de travail de l'assuré.

6. Aux termes de l'art. 16 LAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, à la suite d'une atteinte à la santé physique et/ou psychique due à un accident, elle ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore qu'avec le risque d'aggraver son état, ou n'est pas en mesure de pratiquer une autre activité adaptée à son état de santé (ATF 130 V 35, consid. 3.1; ATF 115 V 403, consid. 2). Cette notion d'incapacité de travail est la même dans toutes les branches des assurances sociales et elle s'apprécie en principe sur la base de données médicales et en fonction de la profession exercée jusqu'alors par l'assuré (FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, Bâle 1998, n° 69). La définition d'incapacité de travail dégagée par la jurisprudence a ensuite été reprise, en substance, par l'art. 6 LPGA, auquel l'art. 16 LAA, dans sa teneur dès le 1er janvier 2003, se réfère expressément (*cf.* KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, *ad* art. 6, n° 1).

7. Dans le cas d'espèce, il ressort des différents rapports médicaux versés au dossier, en particulier des rapports des Drs E_____ et H_____, mais aussi du

rapport du Dr I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique consulté par l'assuré, que de celui du Dr J_____, intervenant en tant qu'expert mandaté par l'OCAI, que la bursite n'est pas l'affection à l'origine de l'incapacité de travail de longue durée de l'assuré. A cet égard, le Dr E_____ avait retenu que la bursite est une maladie accessible à un traitement et ne pouvait pas être une cause d'incapacité de travail de longue durée, même chez un carreleur. Lors de son examen du 11 août 2003, le Dr E_____ retenait que l'importance actuelle de la bursite n'indiquait pas une incapacité de travail. Sur ce point, le Dr H_____ avait quant à lui retenu, dans son rapport du 17 février 2004, que la bursite avait pu justifier une incapacité de travail de courte durée, d'environ trois semaines, au mois de septembre 2002. Cette affection était ensuite guérie à la mi-octobre, le Dr C_____ n'ayant pas constaté de bursite lors de son examen du 24 octobre 2002. Quant au Dr I_____, il constatait dans son rapport du 4 novembre 2004, que l'assuré présentait des signes d'une ancienne bursite chronique des deux genoux. Toutefois, à son avis, l'arrêt de travail de l'assuré dès le 13 septembre 2002 était lié en majeure partie à la gonarthrose du genou gauche et non pas à la bursite. Les plaintes du patient, qui avait déclaré qu'il ne pouvait plus se relever des positions au sol, confirmaient cette interprétation, la bursite étant gênante pour se mettre à genoux ou s'accroupir et non pas pour se relever. Le Dr I_____ arrivait à la conclusion que l'arrêt de travail intervenu le 13 septembre 2002 ne trouvait pas son origine dans la bursite. Quant au Dr J_____, il a exposé, dans son rapport du 16 septembre 2004, que l'assuré présentait une discrète bursite rotulienne. Contrairement aux troubles arthrosiques, cette affection était selon lui sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Le seul médecin ayant jugé que la bursite constituait le problème principal du recourant c'est le Dr F_____, médecin conseil d'HELSANA. Son avis est toutefois isolé, et ne saurait partant emporter la conviction.

8. Au vu des éléments qui précèdent, il y a lieu de constater que la position de la SUVA consistant à prendre en charge les frais de traitement en relation avec la bursite et à servir des indemnités journalières pendant trois semaines apparaît justifiée au vu de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier. L'incapacité de travail de longue durée du recourant trouve en effet son origine, d'après la grande majorité des médecins consultés, dont les avis emportent la conviction du Tribunal de céans, dans les affections arthrosiques aux genoux et aux mains. La proposition de la SUVA relative au paiement de trois semaines d'indemnités journalières ayant été formulée postérieurement à la décision sur opposition litigieuse, le recours doit être admis sur ce point, l'intimée devant être condamnée en conséquence.

9. Dans un second moyen, le recourant reproche à la SUVA d'avoir considéré que les affections aux genoux et aux mains dont il souffre, soit la rhizarthrose, le syndrome du tunnel carpien et la gonarthrose, ne sont pas des maladies professionnelles à la charge de l'assurance-accidents.

10. 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 OLAA, le Conseil fédéral a dressé à l'annexe I de l'OLAA la liste - exhaustive (RAMA 1988 n° U 61 p. 449; ATFA non publié du 4 janvier 2005, U 340/03, consid. 3) des affections dues au travail. 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 no. U 398 p. 333 et ss. consid. 3; ATFA non publié du 22 février 2006, U 48/05, consid. 2.1).

    b) Si la rhizarthrose et la gonarthrose ne figurent pas sur la liste de l'annexe I de l'OLAA, ce que le recourant ne conteste du reste pas, le syndrome du tunnel carpien a été rangé parmi les paralysies nerveuses périphériques par pression (ATFA du 4 mai 2001, U 60/00, consid. 1b non publié); cette dernière affection relève donc de l'art. 9 al.1 LAA, si la relation de prépondérance requise par la jurisprudence est réalisée.

11. a) A cet égard, le Dr H_____, médecin-conseil de la SUVA, a retenu, dans son avis du 17 février 2004, que le syndrome du canal carpien était le syndrome canalaire le plus courant des nerfs périphériques qui présentait une étiologie multiple. Dans le cas du recourant, on pouvait retenir parmi les facteurs de prédisposition, le surpoids ainsi qu'une glycémie élevée. En outre, la bilatéralité du syndrome était aussi un facteur de prédisposition. L'âge jouait également un rôle, l'affection étant apparue lorsque l'assuré avait la catégorie d'âge dans laquelle la prévalence de ce syndrome devenait statistiquement plus élevée (le pic de prévalence se situait entre 50 et 60 ans). Quant à l'activité professionnelle, le Dr H_____ considérait que la pose de carrelage n'impliquait pas des mouvements répétitifs du poignet et la pression appliquée aux carreaux ne provenait pas du poignet mais des doigts et de la paume des mains. Pour tous ces motifs, il excluait que l'activité professionnelle puisse être l'origine prépondérante (plus de 50%) de l'affection.

    b) Le Dr I_____ a indiqué, dans son rapport du 4 novembre 2004, que bien qu'il fût difficile de déterminer l'influence ou non des activités professionnelles dans l'apparition de cette pathologie (syndrome du tunnel carpien), il n'était pas possible à son avis d'exclure une cause professionnelle ou du moins l'aggravation d'une pathologie qui n'avait pas une origine professionnelle. Il estimait que les

mouvements répétitifs et en force des poignets généraient une hypertrophie du ligament annulaire, qui a son tour comprimait le nerf médian et provoquait les symptômes décrits, ce que confirmait une étude chez les nettoyeurs.

c) Dans son rapport complémentaire du 9 février 2005, le Dr H_____ a rajouté que l'activité de nettoyeur ne pouvait pas être comparée à celle de carreleur s'agissant des répercussions sur le poignet.

d) Au vu de ce qui précède, force est de constater qu'aucun rapport médical versé au dossier n'établit, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le syndrome du tunnel carpien dont souffre le recourant a une origine professionnelle prépondérante (plus que 50%). Le Dr H_____ exclut expressément cette prépondérance, en procédant à une analyse convaincante. Quant au Dr I_____, il estime que l'origine professionnelle est possible, sans toutefois démontrer le caractère prépondérant de l'activité professionnelle. Les mouvements répétitifs du poignet auxquels il se réfère n'apparaissent pas comme caractéristiques de la profession de carreleur. Enfin, il est constant que le recourant se trouve dans la tranche d'âge où la prévalence de cette maladie est la plus élevée et qu'il réalise d'autres facteurs de prédisposition, soit une surcharge pondérale, même si les mensurations diffèrent d'un médecin à un autre (170 cm et 87 kg pour le Dr E_____ en date du 11 août 2003 [IMC 30.5], 172 cm pour 83 kg selon le Dr I_____ en date du 27 juillet 2004 [IMC 28] et 173 cm pour 86 kg selon le Dr J_____ en date du 2 juillet 2004 [IMC 29]), un taux de glycémie élevé et la bilatéralité du syndrome, si bien qu'il n'est pas possible de déterminer ce qui est imputable à l'activité professionnelle ou aux autres facteurs de prédisposition. Dans ces conditions, la preuve du caractère prépondérant de l'origine professionnelle n'a pas été apportée au degré de vraisemblance prépondérante requis (ATFA non publié du 22 février 2006, U 48/05, consid. 3.5).

12. S'agissant de la rhizarthrose et de la gonarthrose, le recourant fait valoir qu'il s'agit de maladies professionnelles au sens de l'art. 9 al. 2 LAA, car causées de manière nettement prépondérante par l'activité professionnelle.

13. a) 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. 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; ATFA non publié du 22 février 2006, U 48/05, consid. 2). En d'autres termes, il faut que les cas d'atteintes pour un groupe professionnel déterminé soient quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général (ATF 116 V 143 consid. 5c; RAMA 2000, n° U 408, p. 407; ATFA non publié du 4 janvier 2005, U 340/03, consid. 4.1).

b) 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. Il y a répondu, notamment, dans l'arrêt B. du 3 août 2000 (ATF 126 V 183) et dans l'arrêt A. du 22 septembre 2000 (RAMA 2000 no U 408 p. 407). Ainsi, en médecine, la relation de cause à effet ne peut que rarement être tirée ou déduite à la manière d'une science mathématique. Compte tenu du caractère empirique de la médecine, lorsqu'une preuve directe ne peut être apportée à propos d'un état de fait médical, il est bien plutôt nécessaire de procéder à des comparaisons avec d'autres cas d'atteinte à la santé, soit par une méthode inductive ou par l'administration de la preuve selon ce mode. Dans ce cadre, la question de savoir si et dans quelle mesure la médecine peut, au regard de l'état des connaissances dans le domaine particulier, donner ou non d'une manière générale des informations sur l'origine d'une affection médicale joue un rôle décisif dans l'admission de la preuve dans un cas concret. S'il apparaît comme un fait démontré par la science médicale qu'en raison de la nature d'une affection particulière, il n'est pas possible de prouver que celle-ci est due à l'exercice d'une activité professionnelle, il est hors de question d'apporter la preuve, dans un cas concret, de la causalité qualifiée. 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 ss. consid. 4c et les références ; ATFA non publié du 4 janvier 2005, U 340/03, consid. 4.2; ATFA non publié du 20 mars 2003, U 381/01, consid. 3.2-3.3).

14. a) Le juge des assurances sociales 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment 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 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

b) Selon la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la CNA aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss. consid. 3b/ee).

15. En l'espèce, en ce qui concerne la rhizarthrose, le Dr H_____ relève qu'il s'agit d'une maladie induite par plusieurs facteurs. Tant le Dr H_____ que le Dr I_____ relèvent qu'il existe peu d'études épidémiologiques sur la relation entre la rhizarthrose et les contraintes exercées par des travaux pénibles. Selon le Dr H_____, les quelques études existantes ne mettent pas en évidence une influence supérieure à 75% de l'activité professionnelle sur l'apparition de rhizarthrose. A cet égard, le Dr I_____ ne fournit aucune étude qui aboutit à reconnaître un rapport de 1 à 4 en ce qui concerne l'arthrose des mains. Il reconnaît ainsi, à tout le moins de manière implicite, que la science médicale n'a pas permis de prouver une relation de causalité qualifiée entre la rhizarthrose et l'activité professionnelle. Par ailleurs, à toutes fins utiles, il y a lieu de retenir, comme le fait le Dr H_____, que la présence de la rhizarthrose bilatérale, plus marquée à gauche, chez un assuré droitier, milite à l'encontre d'une origine professionnelle de la pathologie, dès lors qu'un droitier met généralement plus à contribution la main dominante. Force est ainsi de constater qu'aucune pièce du dossier ne permet de retenir le caractère de maladie professionnelle de la rhizarthrose.

16. a) En ce qui concerne la gonarthrose, tant le Dr H_____ que le Dr I_____ admettent l'étiologie multiple de l'affection. Du point de vue épidémiologique, le Dr H_____ a exposé, dans son rapport du 17 février 2004, que si les études existantes mettent certes en évidence une relation manifeste entre la gonarthrose et l'activité professionnelle, aucune ne fait état d'une incidence quatre fois plus élevée dans les catégories professionnelles visées par rapport au reste de la population. Le Dr I_____ a indiqué quant à lui que toutes les

études montraient une prévalence d'arthrose du genou plus élevée pour les sujets travaillant à genoux ou accroupis, le taux d'incidence relevant allant de 1.4 à 4.1 par rapport à la population normale. Le Dr I_____ a rajouté que compte tenu de l'origine multifactorielle de l'arthrose, la partie imputable à l'activité professionnelle était difficile à établir avec certitude en fouillant la littérature: les chiffres variaient selon les groupes de population étudiés. Toutefois, la part d'origine professionnelle était à son avis prépondérante, c'est-à-dire supérieure à 50% dans l'éventail des causes possibles.

b) Quant aux facteurs ayant une influence sur l'apparition de la gonarthrose, il y a lieu de constater que l'assuré présente une surcharge pondérale, qui a aussi été constatée par l'expert mandaté par l'OCAI, et qu'il était âgé de 59 ans lorsque le diagnostic de gonarthrose a été posé, l'âge étant incontestablement un facteur de prévalence de l'arthrose, indépendamment de l'activité professionnelle.

c) Au vu des explications qui précèdent, le Tribunal constate qu'en l'état des connaissances médicales, il n'est pas démontré que l'exercice d'une activité professionnelle accroupie ou agenouillée comporte une prévalence d'arthrose au genou quatre fois plus élevée chez ces travailleurs par rapport à la population normale, et ce compte tenu notamment de l'influence de l'âge et de la surcharge pondérale, qui constituent des facteurs entrant en ligne de compte en l'espèce. Le Dr I_____ considère d'ailleurs que la part d'origine professionnelle est à son avis supérieure à 50%, et non pas à 75%, comme requis par la jurisprudence. Le Dr I_____ ne saurait pas non plus retenir le rapport 4 à 1 de la citation d'une étude danoise, selon laquelle toutes les études montrent une augmentation significative de la prévalence de l'arthrose du genou pour les sujets effectuant un travail à genoux ou accroupi, le rapport de prévalence dans la plupart de ces études étant de 1.4 à 4.1 fois. 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 (ATF 126 V 189 sv. consid. 4c). A toutes fins utiles, l'influence dans le cas d'espèce du facteur âge dans le développement du phénomène arthrosique est de nature à empêcher à l'activité professionnelle de constituer la cause nettement prépondérante de l'affection. Par conséquent, c'est à juste titre que la SUVA a nié le caractère de maladie professionnelle à la gonarthrose dont souffre le recourant.

17. En conséquence, force est de constater qu'il n'a pas été établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les affections dont souffre le recourant, à l'exception de la bursite, sont des maladies professionnelles au sens de l'art. 9 al. 1 et al. 2 LAA.

18. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis en ce qui concerne le versement pendant trois semaines d'indemnités journalières en relation avec la bursite; il sera rejeté pour le surplus.

19. Le recourant n'obtenant que très partiellement gain de cause, une indemnité de procédure de 500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens.

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. L'admet partiellement.

3. Condamne la SUVA à verser au recourant des indemnités journalières en relation avec la bursite dès le 13 septembre 2002 pendant trois semaines.

4. Rejette le recours pour le surplus.

5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de 500.-- fr. à titre de participation à ses frais et dépens.

6. 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).

Le greffier | La Présidente :

BENAMER Walid | BALDE Juliana

La secrétaire-juriste :

Verena PEDRAZZINI RIZZI

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