



POUVOIR JUDICIAIRE

**A/1418/2010
A/1538/2010
A/1540/2010
A/1590/2010
A/1611/2010
A/1612/2010**

**ATAS/94/2011
ATAS/95/2011
ATAS/96/2011
ATAS/97/2011
ATAS/98/2011
ATAS/99/2011**

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 1^{er} février

2^{ème} Chambre

En la cause

PHILOS CAISSE MALADIE-ACCIDENT, sise rue du Nord 5,
1920 Martigny (pour Madame P_____);

recourantes

et Madame P_____, domiciliée à Vernier, représentée par la
CAP Protection juridique;

PHILOS CAISSE MALADIE-ACCIDENT, sise rue du Nord 5,
1920 Martigny (pour Madame T_____);

CAISSE VAUDOISE D'ASSURANCE MALADIE, sise rue du
Nord 5, 1920 Martigny (pour Madame U_____);

Madame Q _____, domiciliée à Chaumont, France

Madame R _____, domiciliée à Bellegarde-sur-Valserine,
France

Madame S _____, domiciliée à Lancrans, France

toutes trois comparant avec élection de domicile en l'Etude de Me
Romolo MOLO

contre

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

Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente.

EN FAIT

1. Madame Q_____, née en 1952, travaille en qualité d'ouvrière depuis le 2 mars 1987 au sein de l'entreprise X_____ SA, une manufacture de gainerie et de maroquinerie (ci-après l'employeur). Y travaillent également Mesdames S_____, née en 1952 depuis le 26 avril 1973, Q_____, née en 1944 depuis le 30 août 1977, P_____, née en 1951 depuis le 1^{er} avril 1988, R_____, née en 1958 depuis le 4 août 1980, T_____, née en 1950 depuis le 11 mars 1968 (ci-après les assurées). A ce titre, elles sont assurées obligatoirement contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la Suva ou l'assureur-accident). S'agissant du risque de maladie non professionnelle, elles sont assurées auprès de la CMBB du groupe Mutuel (ci-après l'assurance perte de gain de l'employeur) pour l'indemnité journalière. Mesdames P_____, U_____ et T_____ sont assurées auprès de Philos ou la Vaudoise, du groupe Mutuel (ci-après la caisse-maladie) pour l'assurance obligatoire des soins.
2. L'assurance perte de gain de l'employeur suspectant une maladie professionnelle, dès lors que plusieurs ouvrières sont en arrêt de travail, les divers cas dans l'entreprise sont annoncés par l'employeur à la Suva, à savoir S_____ le 17 octobre 2002 (arrêt de travail depuis le 11 janvier 2002), T_____ le 30 octobre 2002 (arrêt depuis le 20 juin 2002), P_____ le 20 janvier 2003 (arrêt depuis le 20 novembre 2002), R_____ le 23 janvier 2003 (arrêt depuis le 20 septembre 2002), Q_____ le 24 mars 2003 (arrêt depuis le 3 avril 2002), U_____ le 1^{er} juillet 2003 (arrêt depuis le 4 juin 2003, suite à des arrêts successifs dès le 26 mars 2001 et dès le 24 octobre 2001, l'assurée a ensuite repris le travail à deux reprises début 2004) (ci-après: les autres assurées ou les recourantes) ainsi que V_____ à une date inconnue (arrêt depuis le 20 novembre 2002), W_____ à une date inconnue (arrêt depuis le 23 avril 2003).
3. Les troubles annoncés sont les suivants: syndrome du tunnel carpien bilatéral pour Mesdames Q_____ et R_____, syndrome du tunnel carpien gauche pour Madame P_____, syndrome du tunnel carpien droit et algoneurodystrophie pour Madame V_____, épicondylites des deux coudes et tendinite de Quervain droite pour Madame S_____, tendinite de Quervain droite et algodystrophie pour Madame T_____, rizarthrose bilatérale, syndrome du tunnel carpien droit et cervicarthrose pour Madame H_____, syndrome du tunnel carpien droit et algoneurodystrophie du poignet droit pour Madame V_____.
4. Les assurées sont convoquées séparément par la Suva pour un entretien individuel, lors duquel elles indiquent depuis quand elles travaillent pour leur employeur, communiquent l'horaire de travail soit de 7h15 à 16h, avec une pause de 8h30 à

8h40 et une pause de midi de 11h40 à 12h25. Les assurées décrivent ensuite leur activité dans le détail, précisent les problèmes médicaux connus, le suivi mis en place et leur état général. Une description des postes de travail réalisée par Monsieur X_____ et contresignée par l'assurée concernée est jointe à certains des rapports d'entretien.

5. Par des décisions notifiées entre décembre 2002 et août 2003, la Suva refuse la prise en charge les troubles, car selon l'avis de son médecin d'arrondissement, les conditions pour l'octroi des prestations d'assurance ne sont pas remplies.
6. L'assurance perte de gain de l'employeur et certaines assurées forment opposition aux décisions. Les opposantes sollicitent de la Suva les pièces du dossier et réservent leur motivation.
7. Dans le cadre des oppositions aux décisions, les documents suivants sont adressés par la Suva aux opposantes:

a) Les rapports d'entretiens des diverses assurées par la Suva ainsi que les description des postes de travail faite par le chef d'entreprise et signées par les assurées.

b) Le rapport de visite de l'entreprise du 28 octobre 2003 du Dr A_____, spécialiste en médecine du travail auprès de la Suva, en compagnie de Monsieur F_____, chef de team auprès de la Suva, et de Madame G_____, responsable du personnel depuis une trentaine d'années au sein de l'entreprise. Le rapport indique que l'entreprise est spécialisée dans la confection d'articles de maroquinerie, plus particulièrement des coffrets servant à la présentation de montres de luxe. Actuellement, quatre-vingts personnes environ, majoritairement des femmes, sont occupées à la production. La responsable du personnel n'a pas souvenir d'avoir enregistré antérieurement une fréquence de problèmes musculo-squelettiques (TMS) tels qu'enregistrés au cours de l'année 2002. Après avoir annoncé les cas aux assurances-maladie des patientes concernées, c'est l'assurance perte de gain qui a soulevé la question d'une éventuelle origine professionnelle, en présence de cette soudaine accumulation de dossiers présentant des problèmes relativement identiques. La responsable du personnel indique n'avoir aucune explication qui permettrait de rendre compte de cette apparente épidémie d'atteinte des membres supérieurs au sein du personnel. Les exigences de production et les cadences de travail n'ont subi aucune contrainte supplémentaire au cours des dernières années. A l'inverse, certaines machines ont été introduites ces dernières années, remplaçant les opérations manuelles les plus pénibles. De plus, les personnes atteintes se retrouvent dans divers secteurs de production et il n'est donc pas possible d'attribuer à une activité particulière cette accumulation de cas. Par exemple, l'une des assurées était en dernier lieu cheffe d'atelier et spécialisée dans le réglage des presses, et il s'agit d'un poste unique. Deux assurées travaillaient au

garnissage (six employés en tout). L'une à la couverture des écrins (dix employés), une autre au secteur de préparation des fûts en plastique, qui est un poste unique. Les deux dernières travaillaient dans l'atelier de couverture des coffrets (quinze employés). Le rapport détaille l'évolution de chaque cas particulier, s'agissant du début de l'incapacité de travail, de la date de licenciement et de l'état du dossier auprès de l'assurance-invalidité.

Le rapport indique que, lors de la visite, il a été possible de voir à l'œuvre diverses collaboratrices occupant des postes de travail analogues. Toutefois, selon le type de production, la taille des objets confectionnés varie sensiblement. Il est noté qu'à chaque poste de travail, c'est en général une équipe qui est à l'œuvre, ce qui permet une répartition des diverses étapes de fabrication entre les travailleuses. S'agissant de mouvements répétitifs, ceux-ci sont bien présents, mais on est d'emblée frappé par la grande diversité des opérations qui sont effectuées par chaque ouvrière. Il s'agit en grande majorité de travaux de précision, demandant finesse et habileté bien davantage que force physique. La majorité des écrins fabriqués sont en effet de petite taille et ne pèsent que quelques dizaines à centaines de grammes. Certaines opérations, comme celle consistant à tendre les peaux sur des surfaces arrondies, réclament un certain effort, qui doit cependant être qualifié de très modéré. Chacune de ces opérations comporte plusieurs étapes au cours desquelles la posture du corps et des bras, ainsi que les mouvements nécessaires des poignets et des mains, sont très variés. A aucun des postes de travail examinés, il n'existe de postures contraintes de longue durée, ni de mouvements stéréotypés et répétitifs des membres supérieurs.

Le rapport conclut que la revue des sept dossiers (toutes les assurées susmentionnées sous point 2, sauf Madame H_____) permet d'établir que l'on est en présence de quatre syndromes du tunnel carpien uni ou bilatéraux, d'une tendinite de De Quervain, d'une épicondylite et d'un syndrome douloureux de l'épaule droite non défini. On constate en outre qu'il s'agit de collaboratrices engagées depuis de nombreuses années et effectuant le même travail, la durée la plus courte étant de sept ans et la plus longue de trente-quatre ans d'emploi. A l'exception de deux cas, les cinq autres patientes se situent toutes dans la cinquantaine. Les modes de travail, les contraintes et les cadences ne se sont pas modifiés au cours de toutes ces dernières années de manière à pouvoir expliquer l'apparente épidémie de troubles musculo-squelettiques survenue depuis 2002. De plus, s'agissant du syndrome de tunnel carpien, l'épidémiologie de cette pathologie concerne particulièrement les femmes dans la tranche d'âge correspondant au collectif en cause. En résumé, il n'existe pas d'explication permettant d'attribuer de façon exclusive ou nettement prépondérante l'apparition relativement simultanée de ces sept atteintes musculo-squelettiques à l'activité professionnelle de ces personnes dans l'entreprise.

c) Le commentaire du Dr A _____ du 3 novembre 2003 annexé à son rapport, et selon lequel il s'agit d'un phénomène de cluster dû en partie à la tranche d'âge des personnes concernées. Il ne pense pas que les postes de travail très divers qu'il a pu examiner présentent de graves lacunes en matière d'ergonomie. Les opérations sont certes répétitives mais tout de même fort variées dans les faits. De plus, rien n'explique pourquoi des pathologies mettraient 10 à 30 ans pour se manifester si le travail est réellement anormalement pathogène. Malgré les affirmations de la cheffe du personnel de l'employeur, il a l'impression qu'il n'y a pas réellement d'augmentation des contraintes en matière de rendement au sein de l'entreprise. Il laisse le soin au gestionnaire du dossier de la Suva d'apprécier chaque cas particulier.

d) L'avis du Dr B _____, médecin d'arrondissement de la Suva du 10 novembre 2003, selon lequel il n'y a pas de raison de modifier les appréciations antérieures rejetant la notion de maladie professionnelle, compte tenu de l'analyse du Dr A _____.

8. L'assurance perte de gain l'employeur, l'employeur et la fédération des entreprises romandes (FER) ont mandaté l'institut Ergorama SA, spécialisée en ergonomie, santé et sécurité au travail qui a procédé à une audition de l'entreprise de l'employeur, dont les résultats ont été transmis à la Suva le 13 février 2004, soit:

a) Le rapport du 6 janvier 2004, qui contient une introduction, laquelle explique que suite à la multiplication des cas d'incapacité de travail, la question s'est posée de savoir s'ils étaient ou non liés ou non à l'activité professionnelle. Dans le cadre de la mise en œuvre des directives MSST, l'entrepreneur, par l'intermédiaire de la FER, a accepté de procéder à des investigations ergonomiques et épidémiologiques. L'approche ergonomique, soit l'observation des activités des ouvrières de la production, a été effectuée durant un jour et demi (cf. b) ci-dessous). Pour chaque poste de travail, les gestes et postures, leur répétitivité, ainsi que les forces exercées, ont été analysés pour différentes activités. Il ressort de ces observations que les angulations des articulations des membres supérieurs, les forces exercées pour tendre les peaux et la répétitivité du travail correspondent aux facteurs de risque de TMS décrits dans la littérature. L'approche épidémiologique, soit les données relatives à l'âge, à l'ancienneté dans l'entreprise, au taux d'activité aux postes de travail occupés par les nonante-trois personnes employées à la production, ainsi que les diagnostics des personnes ayant présenté des incapacités de travail pour TMS, ont été enregistrés dans une base de données. Soumis à une analyse statistique afin de situer les cas et les non-cas par rapport à leur âge et à leur ancienneté au poste de travail, le résultat montre que les cas sont plus âgés que les non-cas, mais ils sont surtout plus anciens dans la profession, pour tous les diagnostics considérés : coudes, épaules, tunnels carpiens et épicondylite. L'analyse discriminante qui a été conduite sur les mêmes données confirme que l'ancienneté

au poste de travail - donc l'exposition - joue un rôle plus important que l'âge pour expliquer la survenance des TMS dans la population considérée.

En conclusion, le résultat des approches ergonomique et épidémiologique confirme l'hypothèse d'une relation causale entre la survenance des cas déclarés et l'exposition à des facteurs de risque professionnel. Les exigences de la loi en matière de certitude prépondérante sont remplies, car ces travaux ont nettement et à plus de 75 % engendré lesdites pathologies TMS, qui relèvent donc de la maladie professionnelle. Le rapport conclut qu'il convient de procéder à des investigations complémentaires dans l'entreprise, ou d'autres entreprises dans le même domaine.

b) Le descriptif des postes de travail effectué par Ergorama SA le 24 septembre 2003, soit un document d'une douzaine de pages qui décrit chacune des tâches effectuées dans l'entreprise, puis précise le type de mouvements effectués, les postures et les efforts, le nombre de mouvements par jour et illustre l'activité par une photographie.

Les diverses étapes de la production sont la coupe du tissu et du carton, la couture des bandes Velcro sur le cuir, la couverture des écrans en plastique par une pièce de cuir, le doublage d'une plaque de carton avec du tissu ou du cuir, puis le garnissage de l'intérieur de l'écran avec du tissu.

Deux tâches sont plus précisément décrites.

D'une part, la couverture, qui consiste à poser les écrans en plastique au milieu de la pièce de cuir, de recouvrir l'écran par le cuir, de tirer le cuir pour le plaquer sur l'écran et l'ajuster à sa forme, puis replier l'excédent de cuir à l'intérieur de l'écran et l'appliquer sur le plastique à l'aide d'une spatule ou avec les doigts. La difficulté de la tâche réside dans le manque de souplesse du cuir, qui ne serait plus traité, comme autrefois, pour être assoupli. Les différents mouvements décrits impliquent un effort extrêmement intense, très astreignant (tirer le cuir avec les doigts ou le poing), une posture inconfortable (épaules levées) et des gestes répétitifs (marteler), un effort intense et des mouvements des poignets pour lisser le cuir et pour appuyer la spatule. Les femmes occupant ce poste ont précisé que la couverture était le poste le plus difficile.

Le garnissage, consistant à placer une pièce de tissu munie d'une couche de colle dans l'écran, puis, à l'aide d'une spatule ou avec les doigts, ajuster le tissu à la forme de l'écran et lisser dans les angles et les bords, la spatule étant tenue dans le poing pour pouvoir appliquer une pression suffisante, puis couper les bouts de tissu en trop avec des ciseaux. Il s'agit également de préparer les pièces métalliques qui serviront à la fermeture de l'écran en les aplatissant avec un marteau. Cela demande un effort assez intense pour lisser le tissu, le poing serré sur une spatule, une activité répétitive s'agissant de marteler, une posture inconfortable du poignet de manière assez prolongée (effort de faible ampleur, mais soutenu), impliquant

l'extension et la torsion du poignet, une posture inconfortable (épaules levées) et des gestes répétitifs (visser), impliquant des torsions du poignet et un effort intense pour visser dans le bois, des mouvements répétés aux ciseaux, pour couper le tissu et des mouvements répétés de torsion du poignet en repliant le crochet avec des tenailles.

9. L'assurance perte de gain a également mandaté le Dr C _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie pour procéder à une expertise des sept cas d'assurées employées de l'entreprise et en arrêt de travail (toutes les assurées mentionnées sous point 2, sauf Madame U _____). Son rapport de mars 2004 comporte plusieurs parties. D'abord, l'expert examine le cas de chacune des patientes, mentionne la date de l'arrêt de travail, des antécédents médicaux et chirurgicaux, l'histoire professionnelle, puis les diagnostics en relation avec le travail. Ensuite, l'expert résume les sept cas ainsi: les femmes sont âgées de 37 à 54 ans, elles travaillent depuis dix à trente-six ans dans l'entreprise, à plein temps, soit huit heures par jour, à des postes obligeant à des mouvements répétitifs des poignets et des doigts par minute, ainsi que l'utilisation de mouvements de force avec les pouces. Cinq patientes ont présenté un syndrome du tunnel carpien, dont, chez deux patientes, bilatéral. Elles ont toutes été opérées. Une patiente a été opérée pour une épicondylite chronique, une autre pour une tendinite de De Quervain, une troisième pour une acromio-plastie de l'épaule droite, une autre souffre d'une rizarthrose bilatérale sévère. Pour aucun des cas, on ne peut mettre en évidence d'activité annexe pouvant être un facteur de risque pour développer une pathologie de TMS, par exemple du jardinage ou du bricolage. Pour finir, l'expert critique le rapport de la Suva du 28 octobre 2003. Il relève d'une part une divergence entre l'avis de la cheffe du personnel et les malades sur le changement du type d'activités depuis trente ans, les expertisées étant unanimes à dire que le travail a changé, les travaux sont plus répétitifs, les changements de poste durant la journée sont devenus exceptionnels, alors qu'ils étaient courants auparavant, le travail à la chaîne est très pénible, les cadences ont augmenté, les peaux sont devenues moins souples et il est beaucoup plus dur de les travailler pour confectionner le revêtement des écrins. D'autre part, l'inspecteur de la Suva décrit une façon de travailler qui ne correspond pas à la réalité décrite par les patientes. Elles indiquent toutes qu'il est particulièrement pénible de confectionner les écrins, avec l'utilisation de beaucoup de force avec les pouces et les poignets pour tendre les peaux correctement, ces gestes étant extrêmement répétitifs. L'une des expertisées, chargée de régler les machines, doit soulever plusieurs fois par heure des moules, pesant plusieurs kilos, c'est la seule, à cause de ce type de travail, qui présente une épicondylite.

En conclusion, l'expert affirme que l'expertise des sept patientes démontre très clairement une relation entre le type de travail et la pathologie rencontrée. La description du type de travail et de l'activité journalière permet de retrouver à 100 % les facteurs de risque décrits dans le rapport du National Institute for Occupational Safety and Health, joint en annexe. Celui-ci conclut qu'il existe une

forte probabilité pour une association positive entre la force et les mouvements répétitifs, alors que la description du travail faite par les expertisées et le rapport d'Ergorama permet de retrouver ces deux éléments. L'expertise met également en évidence l'absence d'élément extérieur, pouvant provoquer une pathologie TMS, ainsi que la relation entre le nombre d'années de travail et le début d'une pathologie, il y a une forte probabilité que le nombre d'années de travail augmente le risque de développer ce type de pathologie. Le métier de gainière peut être comparé à celui d'emballleur, cité dans la publication, le risque de rizarthrose étant plus important chez les gainières. L'expert retient une forte probabilité entre le type de travail et les pathologies rencontrées et suggère de procéder à une étude plus vaste portant sur les deux entreprises à Genève qui se partagent la fabrication des écrins.

La publication du National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), de juillet 1997, est résumée et traduite par l'expert.

10. Par pli du 31 août 2004, l'assurance perte de gain de l'employeur motive les oppositions, faisant valoir, pour les cas des sept assurées, que les investigations de l'institut Ergorama confirment la relation causale entre la survenue des cas déclarés et l'exposition à des facteurs de risque professionnel reconnus de TMS. De plus, la relation causale est parfaitement remplie compte tenu des exigences posées par la LAA en matière de certitude prépondérante. L'étude conclut qu'il est patent que ces travaux ont nettement, et à plus de 75 %, engendré lesdites pathologies TMS. L'étude préconise également de se référer au dossier médical de chaque patient pour déterminer si d'autres causes concomitantes prépondérantes ont participé à la survenance des affections constatées. L'expertise confiée au Dr Bertrand C_____ relève très clairement une relation entre le type de travail et les pathologies, l'expertise mettant en évidence la relation entre le nombre d'années de travail et le début d'une pathologie et l'absence d'éléments extérieurs pouvant provoquer une pathologie TMS. En l'occurrence, étant donné que 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, il subsiste un champ pour des investigations complémentaires en vue d'établir, dans le cas particulier, l'existence de cette causalité qualifiée. La caisse conclut en proposant à la Suva de reconsidérer sa position et d'admettre l'existence d'une maladie professionnelle dans le cas des sept assurées.

Elle joint à son courrier les "remarques en vrac" de l'employeur relatives au rapport de visite de la Suva, selon lequel il est faux de se baser sur la dernière activité effectuée par une employée pour déterminer si sa maladie a été provoquée par son activité professionnelle, car beaucoup d'efforts ont été faits par les personnes pendant des années et le fait que l'entreprise a tenté, vers la fin, de leur fournir un travail moins pénible n'est pas déterminant car elles étaient atteintes dans leur

santé. Il est faux d'affirmer que les rotations de postes sont plus fréquentes entre les membres des équipes. Dans les équipes de couverture, toutes les ouvrières effectuent le même travail du matin au soir et seule une personne sur dix est chargée d'encoller le cuir ou le daim pour ses collègues, avec un certain tournus. On ne peut donc pas dire que l'effort est varié. Ce travail est extrêmement pénible. Dans les chaînes de montage, s'il est vrai que presque tous les postes sont différents, les rotations ne sont pas très importantes entre les titulaires pour des raisons de qualification. L'introduction récente des machines ne concerne pas la couverture d'écrins de bijouterie, mais la couverture des coffrets de montres. Monsieur I_____, de la Suva, a spontanément déclaré que le maniement des pinceaux, à main levée, était extrêmement pénible pour le garnissage. Les assurées T_____ et R_____ ont travaillé entre quinze et trente ans à la couverture, qui est sans doute l'activité la plus pénible de l'entreprise pour les bras et les mains. Madame S_____ a été chargée du réglage des presses dans les derniers mois et il semble que ce soit la raison de ses fortes douleurs, à cause du poids des outils à installer. Auparavant, elle était cheffe d'atelier, mais consacrait 80 % de son temps à la production.

Monsieur X_____, chef de l'entreprise, conclut en indiquant que dans le passé, il n'a pas connu une médicalisation des douleurs engendrées par le travail de gainerie, mais il témoigne que plusieurs personnes d'un certain âge se sont plaintes de leurs mains, certaines ont choisi de continuer à travailler malgré la douleur et d'autres se sont simplement arrêtées de travailler sans rien demander à une assurance. Autre temps, autres mœurs, conclut Monsieur X_____.

11. Suite aux résultats des premières analyses, montrant que les employés en arrêt de travail pour des troubles musculo-squelettiques (TMS) se distinguaient du reste de la population de la production par une ancienneté et un taux d'activité plus important, Ergorama SA a poursuivi le mandat déjà donné, a procédé à une enquête par questionnaire auprès de l'ensemble du personnel de production et a établi un rapport en juin 2005, qui a été transmis à la Suva. Le rapport contient un rappel du contexte de la demande d'investigation, soit l'augmentation significative des absences de longue durée pour des TMS, une description du large éventail de pathologies regroupées sous la dénomination de TMS, ces pathologies affectant principalement les tendons (tendinite), les gaines synoviales autour des tendons (téno-synovite), les bourses sereuses qui favorisent la lubrification des articulations (bursites ou hygromas) et les nerfs (syndrome canalaire). Le syndrome du canal carpien (SCC) est la pathologie la plus connue et la plus répandue. Il s'agit d'une inflammation du nerf carpien due à sa compression au niveau du poignet. Les autres pathologies concernent les épaules, les coudes et les genoux. Les signes cliniques de ces affections sont représentés par la douleur, la gêne et l'incapacité fonctionnelle, les séquelles fonctionnelles étant parfois irréversibles. Les TMS sont le résultat d'un déséquilibre entre les sollicitations biomécaniques et les capacités fonctionnelles de l'opérateur, lesquelles dépendent de l'âge, du sexe, de l'état

physiologique et psychologique et des antécédents personnels. Deux catégories de facteurs de risque expliquent les pathologies, soit les facteurs biomécaniques qui sont au nombre de trois : la force, la répétitivité et la posture, la contrainte étant le résultat de la combinaison de ces trois facteurs. Les facteurs psychosociaux : organisation du travail, contrôle sur le travail, relations interpersonnelles dans le travail.

Le rapport décrit ensuite la méthode et le déroulement de l'intervention. Ergorama procède à des entretiens individuels et utilise le questionnaire standard conçu par l'Institut national français de recherche et de sécurité. L'entreprise a un effectif d'environ nonante personnes, dont septante-six ont participé à l'enquête. La répartition de l'échantillon étudié dans les divers secteurs d'activité de l'entreprise est précisée: 32 % de l'effectif travaille aux coffrets, 21 % aux petites séries de gainerie, le solde se répartissant entre les autres postes (préparation machines, coupe cuirs, menuiserie, modélistes et mécaniciens). L'enquête a mis en évidence le pourcentage d'employés se plaignant de beaucoup, peu ou aucune douleur au cou, au niveau de la main droite et au niveau du dos, ainsi que le pourcentage d'employés qui se sentent très stressés, un peu stressés ou pas du tout stressés, cette dernière proportion étant un peu plus élevée que celle que l'on rencontre dans la population active en Suisse.

Le rapport met en évidence les variables en relation avec les différentes activités de l'entreprise, par le biais de la méthode de la caractérisation, qui explore l'ensemble des liaisons entre différentes variables ou modalités de variables et met en évidence rapidement les différences statistiquement significatives entre des groupes d'individus ou d'activités. Sont ensuite décrites les caractéristiques des groupes de personnes travaillant aux petites séries de gainerie (quinze), aux coffrets (vingt-trois), dans le secteur des apprentis (neuf) et dans les autres secteurs (vingt-trois). En résumé, les femmes sont surreprésentées (93 %) dans le groupe des personnes travaillant aux petites séries de gainerie. Elles souffrent plus que les autres de douleurs à la main droite et se plaignent davantage de fatigue intense. Le groupe travaillant aux coffrets se sent plus stressé que les autres et, plus qu'aux autres postes, l'activité se caractérise par un travail très répétitif à cadence et procédure imposées, n'accordant que peu d'autonomie aux opérateurs. La proportion de temps partiels dans ce groupe est deux fois plus importante que dans l'ensemble de l'entreprise. Ces personnes mentionnent plus fréquemment l'ensemble des douleurs lombaires, ainsi que des douleurs fortes au niveau du haut du dos et de l'épaule droite.

Le rapport met ensuite en évidence les relations entre les douleurs, le type d'activité et les caractéristiques personnelles, les analyses faisant ressortir les liens entre les TMS et les variables suivantes : la taille (la population de l'entreprise est essentiellement constituée de femmes plus petites que la moyenne), les verres progressifs (le port de ce verre n'est pas idéal pour la vision, de sorte que les

individus adoptent des postures contraignantes, étant précisé que les verres progressifs sont utilisés en raison de l'âge, alors que l'ancienneté est un facteur de risque de TMS), la perception du stress et les activités (la fréquence des TMS est statistiquement liée à la nature des tâches effectuées).

Le rapport procède finalement à l'analyse des relations entre âge, ancienneté dans l'entreprise, douleurs, stress et fonction. Il apparaît clairement que le groupe le plus concerné par les TMS est celui des personnes les plus âgées et les plus anciennes dans l'entreprise. On observe également que ces personnes se sentent très stressées. Par contre, les employés les plus jeunes et les moins anciens se caractérisent par des douleurs moins fortes et moins fréquentes et ne se sentent pas du tout stressés.

En conclusion, les analyses révèlent que les TMS sont non seulement liés à l'ancienneté et à l'âge des individus, mais également et surtout à l'activité : problèmes de mains aux postes de gaineries, problèmes de cou et de dos aux postes « coffrets » et quasi absence de plaintes chez les apprentis et dans les autres postes examinés. Ces différences témoignent du fait que l'activité de travail joue un rôle dans la survenance des TMS.

Le rapport termine par des propositions de mise en œuvre de mesures de prévention (correction visuelle, éclairage, adaptation des postes de travail et mesures organisationnelles). Sont joints en annexe du rapport le questionnaire présenté au personnel, les informations données à celui-ci, ainsi que les résultats bruts des questionnaires.

12. Par pli du 2 avril 2007, la Suva transmet à l'assurance perte de gain de l'employeur les documents suivants, qui sont le résultat des mandats donnés par la Suva:

a) Le rapport d'appréciation médicale de l'ensemble des sept cas du Dr Walter E_____, spécialiste en chirurgie auprès de la SUVA du 29 novembre 2004. Le médecin procède à une analyse du point de vue de la médecine des assurances. Le rapport contient une introduction à la problématique résumant le cas des sept assurées, ainsi que l'examen des rapports existants d'Ergorama, du Dr A_____, du Dr B_____ et du Dr C_____. Le médecin relève que les aspects ergonomiques de la problématique sont mieux documentés que les aspects médicaux, la question centrale étant celle de la relation de causalité entre les tableaux cliniques décrits, soit les diagnostics des sept cas et l'activité professionnelle aux différentes places de travail de l'entreprise. En résumé, le Dr A_____ et le Dr B_____ ne retiennent pas la notion de maladie professionnelle, alors que le Dr C_____ et Ergorama la cautionnent. S'agissant de la procédure à adopter, le médecin indique qu'il faut partir de la pathologie objectivable de chaque cas pour déterminer ensuite dans quelle mesure les sollicitations des différentes postes de travail peuvent expliquer cette pathologie. Il faut donc procéder à une appréciation de la causalité individuelle, ce qui n'a pas

encore été fait, l'analyse du Dr C_____ étant globale. Le médecin critique ensuite le rapport d'Ergorama et l'expertise du Dr C_____, estimant que l'analyse épidémiologique d'Ergorama établit tout au plus une association entre les troubles annoncés et l'activité professionnelle, mais n'apporte aucun élément sur le lien de causalité effectif, et conclut que le Dr C_____ n'approfondit pas les tableaux cliniques des sept employées et ne discute donc pas les causes multifactorielles du syndrome du tunnel carpien, n'expliquant pas, du point de vue médical, pourquoi l'activité professionnelle aurait beaucoup plus de poids de vue causal que les facteurs prédisposants.

Le médecin procède ensuite à une analyse du lien de causalité à partir de l'exemple du syndrome du canal carpien (SCC). Dans le SCC, plusieurs facteurs prédisposants, seuls ou associés, jouent un rôle de causalité. Les principaux facteurs sont l'âge (baisse de la conduction du nerf de 0,5 % par an), le sexe (plus fréquents chez les femmes), l'appartenance à une race (plus fréquents chez les personnes de race blanche), la dominance (la main principale), la morphométrie du canal carpien, la constitution (surpoids), le tabagisme (fumeurs) et la prédisposition familiale.

La plupart des études épidémiologiques ont montré que le risque de SCC dans les groupes professionnels avec des contraintes manuelles du point de vue ergonomique était plus élevé que dans un groupe de comparaison aux sollicitations moindres. Le médecin critique la méthodologie de ces études à divers égards et estime en résumé que les résultats contradictoires et inconsistants de nombreuses études de prévalence disponibles jusqu'à présent n'ont pas permis d'éclaircir clairement le rôle causal des facteurs professionnels dans la genèse du SCC. On doit ainsi considérer attentivement dans chaque cas si des causes professionnelles prédominent par rapport aux autres causes et aux facteurs prédisposants. Six critères doivent être remplis pour qu'une maladie professionnelle puisse être reconnue au sens de la loi, à savoir : le SCC doit avoir été correctement posé (1), les facteurs prédisposants fortement marqués doivent être exclus ou à tout le moins être pris en considération (2), les causes spécifiques du SCC doivent être écartées (3), la preuve d'une exposition professionnelle à haut risque doit être apportée du point de vue ergonomique, la simple appartenance à un groupe de risque professionnel ne suffisant pas (4), la preuve d'une relation compréhensible entre causes et effets doit être apportée (5), une relation de temps plausible entre le début de l'exposition professionnelle et l'apparition du SCC doit être établie (6).

Le médecin résume ensuite plusieurs études postérieures à celle citée par le Dr C_____, mise à jour la dernière fois en 1997. En particulier, il cite l'une des rares études de cohorte longitudinale, fondée sur une analyse de régression multi-variable, qui prend en compte l'ensemble des causes et qui montre clairement que la durée de l'engagement ne joue pas plus de rôle causal par rapport à l'âge. Ces résultats sont plus convaincants qu'une analyse bi-variate entre les facteurs ancienneté et âge à un moment donné, sans observation comparative sur plusieurs

années, telle qu'elle a été effectuée par Ergorama. Le médecin cite ensuite plusieurs études histo-pathologiques et épidémiologiques plus récentes qui démontrent qu'il n'y a pas d'association entre contraintes professionnelles et SCC. En conclusion, l'examen de la littérature épidémiologique connue et récente montre que l'exemple du syndrome du canal carpien ne permet pas d'établir une origine professionnelle prépondérante. La littérature n'apporte pas non plus cette preuve pour les quatre employés de l'entreprise qui souffrent d'un SCC, l'analyse épidémiologique effectuée aboutissant tout au plus à une association des troubles avec l'activité professionnelle, sans valeur probante quant à la question de la causalité.

L'examen individuel de cinq des cas est effectué par le Dr E_____, les deux autres cas étant confiés au Dr D_____.

b) Cinq rapports individuels établis par le Dr E_____ le 30 novembre 2004, concernant cinq des sept cas.

c) Deux rapports du Dr D_____ concernant deux autres assurées.

d) L'analyse statistique effectuée par Monsieur I_____, entreprise « exploratory statistical data analysis », en mars 2007. Son rapport indique qu'il s'agit d'analyser de façon comparative l'influence de l'âge et de l'ancienneté sur l'apparition de douze cas de TMS parmi un effectif total de nonante-trois personnes dans l'entreprise. Il s'agit uniquement d'une analyse statistique des chiffres disponibles, l'auteur du rapport ne se prononçant pas sur une casuistique médicale. Un premier résultat indique que les « cas » apparaissent aux alentours de la quarantaine et sont plus fréquents avec une ancienneté de plus de quinze ans. L'ancienneté est le principal facteur explicatif, mais le facteur de l'âge et celui de l'ancienneté jouent un rôle et sont tous les deux en forte corrélation, si bien que leurs influences ne sont pas si faciles à séparer. L'analyse de régression incrémentielle, affinée par une analyse d'acheminement confirme que la durée d'ancienneté est le facteur déterminant de l'apparition des cas.

e) Le rapport du Dr E_____ du 19 mars 2007, qui indique que l'ancienneté est décisive par rapport à l'âge pour l'apparition des cas et qui admet que la nouvelle analyse statistique confirme donc l'ancienne analyse statistique bi-variate effectuée par la société Ergorama. Il estime toutefois que ces derniers calculs n'apportent pas d'élément nouveau, ne modifient pas les conclusions de son analyse du 29 novembre 2004, ainsi que les appréciations individuelles des sept employées qui demeurent inchangées.

13. Par décisions sur opposition notifiées aux assurées entre fin juin et fin septembre 2007, la Suva rejette les oppositions, motif pris que la reconnaissance de l'existence d'une maladie professionnelle présuppose un rapport de causalité qualifiée. Selon la doctrine et la jurisprudence, le travail ayant entraîné une atteinte à la santé doit être la cause prépondérante. Sont des maladies professionnelles celles dont il est prouvé

qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante dans l'exercice de l'activité professionnelle, cette condition étant remplie lorsque la part causale de l'activité professionnelle dans la maladie atteinte au moins 75 %, ce qui doit être prouvé selon le critère de la vraisemblance prépondérante. La prise en charge d'une maladie professionnelle présuppose l'existence d'une affection typique de la profession considérée, à savoir que les cas d'atteinte pour un groupe professionnel déterminé sont quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général. La simple possibilité d'un lien de causalité ne suffit pas. Les rapports de la caisse-maladie, qui contiennent des contradictions et des lacunes, ne résistent pas à l'analyse fouillée, précise et documentée du Dr E_____, qui a entière valeur probante, ce qui justifie de confirmer la décision querellée et de rejeter l'opposition.

14. Par acte du 26 juillet 2007, l'assurance perte de gain de l'employeur dépose un recours auprès du Tribunal de céans dans trois causes: P_____, U_____ et T_____ (causes A/2927/2007, A/2928 et 2929/2007).
15. La Suva admettant lors de l'audience du 2 octobre 2007 qu'une instruction complémentaire est nécessaire, qui doit porter sur l'entreprise de l'employeur et le tableau clinique des ouvrières concernées, elle annule les décisions sur opposition contestées, ce dont le Tribunal lui donne acte par arrêts du 23 octobre 2007. La Suva annule également les décisions sur opposition notifiées aux quatre autres assurées et reprend l'instruction des sept cas.
16. L'instruction entreprise par la Suva a donné lieu à:
 - a) Un rapport de visite de l'entreprise du 14 mars 2008 de l'inspecteur auprès de la SUVA. Le compte-rendu de l'entretien entre le chef de l'entreprise et le signataire du rapport mentionne que la main dominante pour chaque poste de travail dépend de la main dominante de l'ouvrière et que les déclarations de la responsable du personnel, Madame G_____, qui ne mentionne aucun changement dans les modes, contraintes ou cadences de travail au cours de ces dernières années, sont en contradiction avec celles du chef de l'entreprise, Monsieur X_____. Selon le rapport, Monsieur X_____ déclare que la mécanisation pour la couverture de coffrets a considérablement augmenté et que les grandes séries sont faites par plusieurs personnes. A l'époque, il y avait un tournus et les personnes restaient dans leur domaine spécialisé. L'activité de préparation des pièces intérieures des écrans n'a pas évolué dans le temps. Autrefois, les changements de séries étaient plus fréquents, il n'y a pas de changement de cadences de production, mais de types de pièces à exécuter. Les contraintes physiques sont celles décrites dans le rapport d'Ergorama du 6 janvier 2004. Des explications complémentaires sont données sur les activités aux divers postes occupés.

b) Un rapport du Dr E_____ du 3 novembre 2008 pour chaque assurée, basé sur le dossier de celle-ci.

17. Par arrêt du 8 décembre 2009 (Cause A/3612/2009-ATAS 1608/2009), le Tribunal rejette le recours déposé le 7 octobre 2009 par l'assureur perte de gain de l'employeur pour déni de justice, motif pris que l'instruction complémentaire diligentée par la Suva est complexe et nécessite du temps, s'agissant notamment d'établir l'anamnèse complète de toutes les ouvrières concernées sur plus de dix ans et retracer l'évolution des conditions de travail sur la même période, aucun déni de justice n'étant commis.
18. Entretemps, la Suva refuse à nouveau la prise en charge des troubles par des décisions notifiées aux assurées courant novembre 2009, estimant qu'il ne s'agit pas d'un cas de maladie professionnelle, aucune des conditions pour l'octroi de prestations n'étant remplie.
19. Mesdames Q_____, S_____, P_____ et R_____ forment opposition à ces décisions, la caisse maladie s'y oppose également pour les cas de Mesdames U_____, P_____ et T_____.
20. Par décisions sur opposition du 15 mars 2010, la Suva rejette les oppositions et confirme ses décisions. La Suva reprend l'argumentation déjà développée dans la première décision sur opposition. En substance, la Suva ne voit pas de raison de s'écarter de l'analyse effectuée en toute connaissance de cause par le Dr E_____, qui a critiqué à juste titre celle du Dr C_____, lequel n'avait pas pris connaissance du dossier constitué par la Suva et avait fait quelques imprécisions diagnostiques importantes. Le Dr E_____ avait par ailleurs qualifié d'artificielle l'analyse épidémiologique effectuée par Ergorama, ce d'autant plus que les symptômes s'étaient manifestés chez certaines assurées seulement quelques années après le début de l'activité incriminée, ce qui démontre que l'âge a joué un rôle bien plus important que l'activité professionnelle.
21. Mesdames Q_____, S_____, P_____ et R_____ déposent un recours contre ces décisions sur opposition, la caisse maladie également pour les cas de Mesdames U_____, P_____ et T_____.

En substance, les recourantes font valoir que les rapports d'Ergorama et du Dr C_____ répondent aux exigences jurisprudentielles de la valeur probante d'une expertise, aboutissent à des résultats convaincants, leurs conclusions sont sérieusement motivées et les avis ne contiennent pas de contradictions. Les experts se sont rendus sur le lieu de travail des recourantes, ont rencontré l'employeur et les employés et le Dr C_____ a personnellement examiné les assurées. Ces études ergonomiques et épidémiologiques entreprises par l'institut Ergorama confirment la relation causale entre la survenue des cas déclarés et l'exposition à des facteurs de risque professionnel reconnus de TMS, la relation causale étant parfaitement

remplie, compte tenu des exigences de la LAA, en matière de certitude prépondérante, dès lors que l'étude conclut qu'il est patent que ces travaux ont nettement et à plus de 75 % engendré lesdites pathologies TMS. L'étude préconise de se référer au dossier médical de chaque patient pour déterminer si d'autres causes concomitantes ont participé à la survenance des affections constatées. L'expertise du Dr C _____, qui a rencontré les sept assurées et fondé son expertise sur leurs antécédents médicaux, leur formation et leur histoire professionnelles, les affections en relation avec leur travail et celles sans relation avec leur travail conclut que l'expertise démontre très clairement une relation entre le type de travail et la pathologie, le type de travail et l'activité journalière permettant de retrouver à 100 % les facteurs de risque décrits par le rapport du NIOSH, lequel conclut qu'il existe une forte probabilité pour une association positive entre la force et les mouvements répétitifs. A l'inverse, le Dr E _____ a statué sur pièces, sans avoir rencontré aucune des personnes concernées, et il admet lui-même qu'il n'est pas en possession des éléments nécessaires qui lui permettraient de prendre position de manière adéquate. Il n'a ainsi pas tenu compte d'éléments de fait importants, statuant en l'état d'un dossier lacunaire, et ne répond pas aux exigences du jugement du Tribunal du 23 octobre 2007, qui était précisément d'effectuer une instruction complémentaire portant sur l'entreprise employeur et sur le tableau clinique des assurées, ce qui n'a pas été réalisé. Ainsi, la Suva ne peut pas tenir compte d'une expertise médicale lacunaire, qui motive ses conclusions en se contentant de contredire les deux premiers experts. Le complément d'expertise du Dr E _____ de 2007 n'est pas propre à remettre en cause les expertises diligentées par le Dr C _____ et l'institut Ergorama. Les recourantes concluent à la mise en place d'une expertise médicale judiciaire, et principalement à ce que la maladie professionnelle soit admise et la Suva condamnée à verser toutes les prestations dues au titre de la maladie professionnelle.

Les recourantes produisent les rapports médicaux individuels concernant chacune des six assurées et qui ne sont pas décrits dans la partie en fait de la présente ordonnance d'expertise, mais sont joints au dossier.

22. Entre mai et septembre 2010, la Suva conclut au rejet des recours motif pris que le lien de causalité entre l'exercice de l'activité professionnelle répétitive des assurées et les troubles est impossible à établir, sans qu'une instruction complémentaire soit utile, pour autant qu'elle soit réaliste. La Suva rappelle que le Tribunal est saisi de six causes et suggère de les instruire en commun.
23. Lors de l'audience de comparution des mandataires du 19 octobre 2010, ceux-ci ont accepté que le Tribunal instruisse les six causes en parallèle, puis à l'issue de l'instruction, suspende quatre causes et juge deux causes pilotes (A/1418/2010 et 1612/2010). Les mandataires des assurées ont sollicité que le Tribunal ordonne une expertise médicale, épidémiologique et ergonomique, puis un délai a été fixé aux

parties pour répondre à certaines questions et déposer un chargé de pièces individualisé, le Tribunal se chargeant de préparer le chargé de pièces communes destiné à l'expert.

24. Les recourantes et l'intimée ont déposé leur chargé de pièces individualisé dans le délai fixé au 16 novembre 2010 et le Tribunal a constitué un chargé de pièces communes à toutes les causes.
25. Après diverses démarches en vue de mandater un expert n'étant pas l'un des médecins traitants des diverses assurées, le Tribunal a soumis le cas à la Dresse AA_____, laquelle a confirmé n'être confrontée à aucune cause de récusation.
26. Par pli du 11 janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice a soumis aux parties le nom de l'expert ainsi que les questions posées en leur impartissant un délai de deux semaines pour faire valoir une cause de récusation, cas échéant proposer des questions complémentaires.
27. Par pli des 20 et 25 janvier, les assurances maladie et la CPA ont indiqué qu'elles n'avaient pas de remarque à formuler.
28. Par pli du 24 janvier 2011, le conseil de trois des recourantes a relevé que, s'agissant du syndrome du tunnel carpien, il convenait de modifier la question du lien de causalité qui peut n'être que prépondérant, soit supérieur à 50%, car cette affection fait partie de la liste annexée à l'art. 9 al. 1 LAA.
29. Par pli du 26 janvier 2001, la SUVA demande qu'un médecin spécialisé soit désigné expert aux côtés ou pour assister la Dresse AA_____, afin d'éviter que l'expertise n'attache trop de poids aux questions ergonomiques et qu'une des questions soit légèrement modifiée.
30. Les questions de l'expertise ont été modifiées et celle-ci a été notifiée le 1^{er} février 2011.

EN DROIT

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA; RS 221.229.1).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

La loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce et les recours, déposés dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA).

L'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263 ; T. LOCHER Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 2003, t.1, p. 443).

Ainsi l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et qu'en particulier elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a, p. 283 ; RAMA 1985 p. 240 consid.4 ; LOCHER loc. cit.).

De son côté le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136) ;

La première solution est en principe préférée, à moins que les parties ne soient d'accord avec la seconde, comme en l'espèce (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002).

Dans le cas d'espèce, le Tribunal cantonal des assurances sociales a déjà renvoyé le 23 octobre 2007 les causes à la Suva afin de procéder à une instruction complémentaire sur deux aspects déterminants des causes, à savoir d'une part sur l'entreprise employeur (description de l'activité durant les dix dernières années, nombre d'arrêts de travail en tout et relatif aux affections en cause) et sur le tableau clinique des assurées (présence de facteur déclenchant, main dominante, tabagisme, prédisposition naturelle, constitution, etc.). La Suva a procédé à une visite sur place le 14 mars 2008, puis s'est contentée de soumettre à nouveau les six dossiers des assurées au Dr E_____, sans faire procéder à un véritable examen médical de chaque cas et ne comblant ainsi pas les lacunes de la première instruction.

Les avis médicaux des experts mandatés par la Suva et par l'assureur perte de gain de l'employeur sont diamétralement opposés s'agissant du lien de causalité entre les troubles et l'activité professionnelle. De plus, l'activité elle-même, son caractère répétitif et/ou astreignant ainsi que son évolution les dix dernières années après les arrêt de travail survenus en 2002 et 2003 sont relatés de façon contradictoire par les ouvrières, la cheffe du personnel, le chef d'entreprise et les inspecteurs de la Suva.

Il convient donc d'ordonner une expertise de médecine du travail afin de déterminer précisément les éléments pertinents, laquelle sera confiée à la Dresse AA_____ .

En application de l'art. 39 de la loi sur la procédure administrative (LPA), un délai de 10 jours a été accordé aux parties pour éventuelle récusation des experts et propositions de questions supplémentaires ensuite de quoi la présente ordonnance leur est communiquée.

Les parties ayant fait usage de ce droit, les questions ont été modifiées dans le sens requis, mais la Cour a renoncé à désigner l'un des médecins spécialistes suggérés par la Suva. D'une part, l'expert désigné est médecin et non pas ergonome. D'autre part, il est prévu que l'expert s'entoure d'avis de spécialistes si nécessaire, étant toutefois précisé que les diagnostics ne semblent pas litigieux et que la détermination des facteurs exogènes à l'activité professionnelle peut être effectué par l'expert. Au demeurant et au vu de la diversité des situations, il n'est pas exclu que l'expert fasse appel à un rhumatologue pour un cas et à un chirurgien de la main pour l'autre, de sorte qu'il n'est pas possible de déterminer à l'avance la spécialité des médecins auxquels il faudra, peut-être, faire appel.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise de médecine du travail, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre les assurées, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de la SUVA, de celui des recourantes, ainsi que du dossier de la présente procédure, avec le concours d'un ergonome et le cas échéant d'un médecin spécialisé en rhumatologie ou en chirurgie orthopédique ou de la main;
2. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes, pour chacune des assurées :
 1. Anamnèse complète, y compris sur le plan professionnel (nombre d'années d'activité, postes occupés, activité exercée, description du travail, modifications de l'activité, de la cadence, etc.).
 2. Données subjectives de la personne.
 3. Constatations objectives.
 4. Diagnostic(s).
 5. Analyser sur le plan ergonomique l'activité effectuée.
 6. Déterminer la présence et l'importance des facteurs de risques professionnels primaires, secondaires et tertiaire.
 7. Déterminer la présence et l'importance des facteurs prédisposants (notamment âge, sexe, diabète, surpoids, tabagisme, morphologie particulière, race, main ou membre dominant, syndrome dépressif, etc.), des activités non professionnelles (sport, jardinage, etc.) et des autres causes non professionnelles.
 8. Déterminer pour chaque diagnostic posé et pour l'ensemble des diagnostics si le lien de causalité entre la maladie et l'activité professionnelle est possible, probable ou nettement prépondérant (soit à plus de 75%) et motiver l'avis.
 - 8bis Déterminer pour le diagnostic de tunnel carpien si le lien de causalité entre la maladie et l'activité professionnelle est possible, probable ou prépondérant (soit à plus de 50%) et motiver l'avis.
 9. Si des médecins spécialistes sont mandatés, chacun d'entre eux est prié de collaborer à la réponse aux questions 8 et 8bis en tenant compte des caractéristiques de sa spécialité.
 10. Si l'expert s'écarte des conclusions des Drs E_____ ou D_____, d'une part et du Dr C_____, d'autre part, sur la

question des diagnostics, du lien de causalité avec l'activité professionnelle, en particulier du lien avec le nombre d'années d'activité, dire pourquoi.

11. Si l'expert s'écarte du rapport d'Ergorama SA, expliquer pourquoi.
 12. Toute remarque utile et proposition de l'expert.
3. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes, pour l'ensemble des assurées:
1. La prévalence des diagnostics posés est-elle 4 fois plus importante (2 fois plus importante s'agissant du tunnel carpien) dans le groupe des ouvrières chargées des activités effectivement exercées que dans la population en général? Préciser les fondements de l'avis.
 2. Y a-t-il eu une évolution du nombre de cas présentant les affections diagnostiquées ou d'autres affections comparables dans l'entreprise depuis 2002? Si oui, pourquoi? Des mesures ont-elles été prises? Si oui, lesquelles?
 3. Comment expliquer l'hétérogénéité des diagnostics posés chez l'ensemble des assurées concernées, compte tenu du fait qu'elles travaillent dans la même entreprise?
 4. Toute remarque utile et proposition de l'expert.
4. Commet à ces fins la Dresse AA _____, spécialiste en médecine du travail auprès de l'Institut universitaire romand de santé au travail.
5. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en 8 exemplaires à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice;
6. Réserve le fond ;

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le