

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1612/2010

ATAS/665/2013

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 25 juin 2013**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame E\_\_\_\_\_, domiciliée à LANCRANS, FRANCE,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MOLO  
Romolo

recourante

contre

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

intimée

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame E\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1952, a travaillé en qualité d'ouvrière de 1972 à 2002 au sein de l'entreprise X\_\_\_\_\_ SA (ci-après l'employeur) à Vernier. A ce titre, elle est assurée 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, elle est assurée auprès de la CMBB (ci-après l'assurance perte de gain de l'employeur) pour l'indemnité journalière.
2. Selon le Dr F\_\_\_\_\_, médecin généraliste, l'assurée souffre de douleurs au coude droit ayant nécessité une plastie des épicondyliens droits le 12 janvier 2002 et de douleurs à l'épaule droite et de cervicalgies depuis juillet 2002.
3. L'assurance perte de gain de l'employeur suspectant une maladie professionnelle, la maladie est annoncée à l'assureur-accident. Selon la déclaration d'accident établie par l'employeur le 17 octobre 2002, l'assurée est en arrêt de travail total depuis le 14 janvier 2002, en raison d'une maladie provoquée par son activité professionnelle, les parties du corps atteintes étant le coude droit.
4. L'assurée est invitée par la SUVA à répondre à diverses questions. Elle indique le 8 novembre 2002 que son activité habituelle, qui se déroule dans des conditions normales, implique des mouvements répétitifs et des réglages de machines (changement de moules). Elle a ressenti des douleurs pour la première fois 3 ans auparavant et elle est toujours incapable de travailler, sous traitement médical, notamment d'antalgiques/anti-inflammatoires.
5. Par décision du 9 décembre 2002, la SUVA refuse la prise en charge des troubles au coude droit, car selon les dispositions légales applicables, les conditions pour reconnaître une maladie professionnelle ne sont pas remplies.
6. Par acte du 23 décembre 2002, l'assurée forme opposition à la décision et produit plusieurs certificats médicaux. Le Dr G\_\_\_\_\_, médecin du travail, certifie que les troubles de la santé de l'assurée sont en relation directe avec sa profession (attestation non datée). L'IRM cervicale du 24 octobre 2002 montre une discopathie protrusive d'importance modérée plutôt latéralisée du côté droit en C5-C6. Le Prof. H\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie à l'Hôpital de Lyon, indique que l'assurée présente des douleurs du membre supérieur droit, la chirurgie du coude de janvier 2002 n'ayant pas amélioré le tableau clinique qui se dégrade désormais avec des cervicalgies irradiant de manière axiale tout au long de la colonne. L'examen neurologique est rassurant. Les discopathies C5-C7 ne montrent pas des lésions véritablement compressibles ou menaçantes. Les discopathies sont vraisemblablement dues aux tâches professionnelles lourdes, notamment lorsque l'assurée se met en cyphose ou en hyperflexion (attestation du 25 novembre 2002).

---

Le Dr F\_\_\_\_\_ estime que l'atteinte au coude pourrait être prise en charge au titre d'une maladie professionnelle du tableau français 57B (attestation du 10 décembre 2002).

7. L'assurée est convoquée par la SUVA pour un entretien le 4 août 2003, lors duquel elle déclare travailler pour son employeur depuis 1973 et que l'horaire de travail est de 7h15 à 16h, avec une pause de 8h30 à 8h40 et une pause de midi de 11h40 à 12h25. L'assurée décrit ensuite son activité dans le détail et précise que depuis 1993, elle travaille à l'atelier de préparation des machines et doit notamment changer les moules. Elle explique qu'elle a eu mal à la main droite depuis 1998. Elle a pris des anti-inflammatoires dès 2000 puis a subi trois infiltrations entre 2000 et 2001. Les douleurs aux cervicales sont apparues après l'opération du coude droit en janvier 2002, sans accident, chute ou glissade. Elle ressent toujours un manque de force dans les doigts de la main droite, des douleurs au coude droit, des cervicales et depuis mi 2002, des douleurs au bras gauche avec apparition d'un kyste et des fourmis aux doigts gauches. Elle est soignée pour une dépression depuis fin 2002.
8. Entretemps, d'autres cas d'ouvrières de l'entreprise sont annoncés par l'employeur à la SUVA, concernant I\_\_\_\_\_ le 30 octobre 2002 (arrêt depuis le 20 juin 2002), J\_\_\_\_\_ le 20 janvier 2003 (arrêt depuis le 20 novembre 2002), K\_\_\_\_\_ le 23 janvier 2003 (arrêt depuis le 20 septembre 2002), L\_\_\_\_\_ le 24 mars 2003 (arrêt depuis le 3 avril 2002), M\_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> juillet 2003 (arrêts de travail du 27 mars au 16 avril 2001, du 25 octobre au 18 novembre 2001, du 4 au 23 juin 2003, l'assurée ayant repris le travail puis subi de nouveaux arrêts des 26 janvier au 1<sup>er</sup> février 2004, du 2 au 18 avril 2004), N\_\_\_\_\_ à une date indéterminée (arrêt depuis le 20 novembre 2002) et O\_\_\_\_\_ (arrêt depuis le 23 avril 2003) (ci-après: les autres assurées).
9. Dans le cadre de l'opposition, les documents suivants sont adressés par la SUVA aux opposants le 26 novembre 2003:
  - a) La description des postes de travail de l'entreprise effectuée entre janvier et août 2003 par M. V\_\_\_\_\_ et contresignée par **l'assurée**. L'ensemble des tâches effectuées dans les ateliers est décrit, en passant par la coupe, la couture, la couverture, le doublage, le garnissage, la description précise des postures, gestes, difficultés et efforts.
  - b) Le rapport de visite de l'entreprise du 28 octobre 2003 du Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail auprès de la SUVA, en compagnie de Monsieur Q\_\_\_\_\_, chef de team auprès de la SUVA, et de Madame R\_\_\_\_\_, 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 permet d'établir que l'on est en présence de quatre syndromes du tunnel carpien unis 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 P\_\_\_\_\_ 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 S\_\_\_\_\_, 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 P\_\_\_\_\_.

10. La SUVA informe l'assurée de ce que ces éléments justifient sa position et, invitée à se prononcer, l'assurée maintient son opposition par pli du 11 décembre 2003.
11. Par décision sur opposition du 23 décembre 2003, la SUVA rejette l'opposition.
12. L'assurance perte de gain de l'employeur, l'employeur et la fédération des entreprises romandes (FER) ont mandaté l'institut ERGORAMA SA, spécialisé en ergonomie, santé et sécurité au travail qui a procédé à une audition de l'entreprise de l'employeur, dont le résultat a été transmis à la SUVA le 13 février 2004:

a) En introduction, le rapport du 6 janvier 2004 explique que suite à la multiplication des cas d'incapacité de travail, la question s'est posée de savoir s'ils étaient 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 dans d'autres entreprises dans le même domaine.

b) Le descriptif des postes de travail effectué par ERGORAMA SA au sein de l'entreprise du 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'écrin 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'écrin, puis, à l'aide d'une spatule ou avec les doigts, ajuster le tissu à la forme de l'écrin 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'écrin 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.

13. Le 16 février 2004, à réception de l'étude d'ERGORAMA, la SUVA retire sa décision sur opposition du 23 décembre 2003 et annonce reprendre l'instruction de la cause.
14. Le contrat de travail de l'assurée, dénoncé fin 2002, se termine courant 2004 et l'assurée est alors mise au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité de l'assurance invalidité.
15. L'assurance perte de gain a également mandaté le Dr T\_\_\_\_\_, 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 celles citées plus haut, sauf Madame M\_\_\_\_\_). Son rapport de mars 2004 comporte plusieurs parties. D'abord, il 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 avec de nombreux 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, le Dr T\_\_\_\_\_ 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, le Dr T\_\_\_\_\_ 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. Le Dr T\_\_\_\_\_ 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, de juillet 1997, est résumée et traduite par l'expert.

---

16. Par pli du 31 août 2004, la caisse maladie motive l'opposition qu'elle aurait aussi formée dans le cas de l'assurée, 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 T\_\_\_\_\_ 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 de l'employeur relatives au rapport de visite de la SUVA du 28 octobre 2003 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'écrans de bijouterie, mais la couverture des coffrets de montres. Monsieur U\_\_\_\_\_, de la SUVA, a spontanément déclaré que le maniement des pinceaux, à main levée, était extrêmement pénible pour le garnissage. Les assurées I\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ 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 E\_\_\_\_\_ 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 V \_\_\_\_\_, 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. Autres temps, autres mœurs, conclut Monsieur V \_\_\_\_\_.

17. Suite aux résultats des premières analyses, montrant que les employés en arrêt de travail pour des troubles musculo-squelettiques (TMS) se distinguaient du reste des employés 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 (ténosynovite), les bourses séreuses 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.

18. Par pli du 2 avril 2007, respectivement du 24 mai 2007, la SUVA transmet à l'assurance perte de gain de l'employeur et à l'avocat de l'assurée 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 W\_\_\_\_\_, 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 P\_\_\_\_\_, du Dr S\_\_\_\_\_ et du Dr T\_\_\_\_\_. 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 P\_\_\_\_\_ et le Dr S\_\_\_\_\_ ne retiennent pas la notion de maladie professionnelle, alors que le Dr T\_\_\_\_\_ 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 différents 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 T\_\_\_\_\_ étant globale. Le médecin critique ensuite le rapport d'ERGORAMA et l'expertise du Dr T\_\_\_\_\_, 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 T\_\_\_\_\_ 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 du point 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 prédisposant, 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 prédisposant. 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 T\_\_\_\_\_, 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 multivariée, 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-variée 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 employées 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 W\_\_\_\_\_, les deux autres cas étant confiés au Dr A\_\_\_\_\_.

---

b) Les cinq rapports individuels établis par le Dr W \_\_\_\_\_ le 30 novembre 2004, concernant cinq des sept cas.

c) Deux rapports du Dr A \_\_\_\_\_ concernant deux assurées, soit Mesdames E \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_. S'agissant de l'assurée, le rapport du 3 janvier 2005 relève que l'épicondylite latérale du coude droit, les nuchalgies et les douleurs à l'épaule droite ne figurent pas dans la liste des maladies professionnelles. Le médecin relève que l'assurée a changé plusieurs fois d'activité dans le cadre de l'entreprise et a travaillé un an à l'atelier 231 (menuiserie et maroquinerie) et plusieurs années à l'atelier 352 (garnissage de coffrets, confection des plaques à la main, mise en place de la pincette, etc.). Depuis 1993, elle consacre 20% de son temps à équiper une demi-douzaine de machines différentes, en desserrant les écrous et changeant les formes avec de lourdes charges, 20% à des travaux de préparation, de tri et de répartition des différents cuirs et les 60% restants sont réservés au garnissage d'écrins, le pressage des coussins à l'intérieur étant automatisé depuis 2000, alors que le levier de la presse doit encore être actionné à la main. Les douleurs à la main droite intervenues en 1998 irradient lors du travail dans le coude et l'épaule droits. Une tendinite dégénérative du coude commence à se développer à partir de 40 ans et dépend alors fortement du vieillissement. L'épicondylite latérale ne correspond pas à une inflammation qui serait réactive à une sollicitation des insertions tendineuses par des contraintes professionnelles mais reflète une tendinopathie dégénérative. D'ailleurs, lorsqu'une personne a une douleur cardiaque en montant une colline, nul ne songe à incriminer la colline, mais tout le monde pense à une étiologie de cardiopathie coronarienne artériosclérotique. Or, depuis 1993, l'activité de l'assurée n'était ni monotone, ni répétitive, mais variée avec une alternance des sollicitations. Par ailleurs, les activités antérieures à 1993, 7 ans avant l'apparition de la maladie, ne sont pas rattachées à la durée d'exposition, car elles sont trop anciennes et aucun effet cumulatif des atteintes mécaniques avec le temps n'a été prouvé jusqu'à présent de façon scientifique. Aucune étude scientifique ne montre que le risque d'épicondylite est plus élevé avec les diverses activités de la gainerie/marquinerie que dans la population de base normale. S'agissant des douleurs à la nuque et à l'épaule, au moment des symptômes au niveau du rachis cervical, l'assurée avait 49 ans, âge caractéristique d'une spondylose cervicale dégénérative, alors qu'elle avait travaillé durant 29 ans dans l'entreprise sans ressentir de douleurs à ce niveau-là et la manifestation rapide de douleurs à l'épaule droite est liée au fait que les fortes douleurs à la nuque irradient souvent dans l'épaule et dans le bras et que c'est également à cet âge que se manifestent des dégénérescences des tendons scapulaires (coiffe des rotateurs). Les principales altérations du rachis cervical se situent au niveau du segment C5-C6, où l'atteinte discale dégénérative et l'ostéochondrose apparaissent naturellement, ce segment étant le plus fréquemment concerné. Le médecin conteste les résultats de l'étude d'ERGORAMA, la standardisation des contraintes ergonomiques ayant entraîné une anonymisation qui ne permet plus de reconnaître les différentes

---

personnes concernées, les cas étant répartis en "cas" et en "non-cas". De plus, l'ancienneté dans l'entreprise ne joue pas un rôle déterminant en raison du changement fréquent en moyenne des postes et des activités. L'examen soigneux du cas individuel de l'assurée montre qu'il n'y a pas de maladie professionnelle.

d) L'analyse statistique effectuée par Monsieur B\_\_\_\_\_, 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 W\_\_\_\_\_ 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.

19. Par décisions sur opposition du 29 juin 2007, la SUVA rejette les oppositions formées par l'assurance perte de gain de l'employeur pour Mesdames J\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_.
20. Par acte du 26 juillet 2007, l'assurance perte de gain de l'employeur dépose **trois** recours (causes A/2927/2007, A/2928/2007 et A/2929/2007) auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le Tribunal, ou la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011) pour les trois assurées susmentionnées.
21. 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 et les décisions sur opposition notifiées aux autres assurées et reprend l'instruction des sept cas.
22. L'instruction entreprise par la SUVA a donné lieu à:

---

a) Un rapport de visite de l'entreprise du 14 mars 2008 de Monsieur U \_\_\_\_\_ 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 R \_\_\_\_\_, 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 V \_\_\_\_\_. Celui-ci 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 W \_\_\_\_\_ du 3 novembre 2008. L'appréciation médicale rappelle les diagnostics retenus et l'appréciation du Dr A \_\_\_\_\_. Il relève que lors de l'investigation menée sur place en mars 2008, le profil d'efforts relevé est le même que celui qui est décrit dans le rapport de M. U \_\_\_\_\_ du 8 avril 2003 et celui d'ERGORAMA du 6 janvier 2004, la cadence de production étant restée la même. Les facteurs de prédisposition professionnelle à l'atelier 110 sont le travail en position assise, sans tension dans les bras, ceux-ci n'étant sollicités que dans les travaux de couture à l'atelier de préparation. Le soulèvement répété de poids de 3 kg à 5 kg pendant une demi-heure par jour de travail a également été évoqué. La description de l'activité professionnelle est plus précise dans le rapport de mars 2008 que dans celui d'août 2003, de M. U \_\_\_\_\_. Il s'agit toujours du même travail et aucun élément nouveau ne permet de remettre en cause l'appréciation du Dr A \_\_\_\_\_.

23. 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.
24. Entretemps, la SUVA refuse à nouveau la prise en charge des troubles de l'assurée par décision du 5 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.

25. Par acte du 3 décembre 2009, l'assurée, représentée par son avocat, (ci-après le conseil) forme opposition et maintient celle-ci le 1<sup>er</sup> mars 2010.
26. Par décision sur opposition du 15 mars 2010, la SUVA rejette l'opposition et confirme sa décision. Des décisions similaires sont rendues par la SUVA le même jour dans les causes concernant les autres assurées. En substance, la SUVA ne voit pas de raison de s'écarter de l'analyse effectuée en toute connaissance de cause par le Dr W\_\_\_\_\_, qui a critiqué à juste titre celui du Dr T\_\_\_\_\_, lequel n'avait pas pris connaissance du dossier constitué par la SUVA et avait fait quelques imprécisions diagnostiques importantes. Le Dr W\_\_\_\_\_ avait par ailleurs qualifié d'artificielle l'analyse épidémiologique effectuée par ERGORAMA, ce d'autant plus que les symptômes s'étaient manifestés chez l'assurée seulement sept ans après le début de l'activité incriminée, ce qui démontre que l'âge a joué un rôle bien plus important que l'activité professionnelle.
27. Par acte du 3 mai 2010, l'assurée, représentée par son conseil, dépose un recours devant le Tribunal contre la décision (A/1612/2010). En substance, l'assurée fait valoir que les rapports d'ERGORAMA et du Dr T\_\_\_\_\_ 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 de la recourante, ont rencontré l'employeur et les employés et le Dr T\_\_\_\_\_ a personnellement examiné l'assurée. A l'inverse, les médecins de la SUVA ont statué sur pièces, sans avoir rencontré aucune des personnes concernées. Au surplus, le rapport médical du Dr A\_\_\_\_\_ est incomplet, même du point de vue médical, car il ne retient qu'une seule épicondylalgie, sans tenir compte des autres éléments des certificats médicaux des médecins-traitants. Il n'a pas tenu compte des déclarations de Mme R\_\_\_\_\_, responsable du personnel, concernant l'intensification du rythme de travail, confirmée par le directeur de l'entreprise et n'a pas non plus tenu compte des constatations du Dr T\_\_\_\_\_, concernant la dureté des peaux. Il est ainsi inacceptable de décréter que le travail n'a pas changé depuis 30 ans, alors que sept déclarations concordantes disent le contraire. Or, à partir de 1993, le travail de l'assurée consistait notamment également à régler les machines et à changer des moules, qui pèsent plus de 15 kg, alors que cette contrainte n'est pas prise en compte. Par ailleurs, elle fabriquait les coussins à la main et les mettait sous presse, avec un poids de 1 kg à 5 kg, jusqu'à 250 fois par jour (et non pas 50 fois par semaine), cette activité sollicitant principalement les doigts et les épaules. Ainsi, conformément à l'étude de ROQUELAURE, les troubles musculosquelettiques (TMS) sont 5 fois plus fréquents dans le secteur de la maroquinerie que dans la population active en général, de sorte que la condition posée par la jurisprudence du Tribunal fédéral est remplie pour reconnaître aux troubles de l'assurée le statut de maladie professionnelle. L'assurée conclut préalablement 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.

L'assurée produit les pièces complémentaires suivantes :

- a) certificat du 23 octobre 2003 du Dr F\_\_\_\_\_ qui expose que sa patiente souffre, depuis septembre 2003, d'une épicondylalgie du coude gauche de plus en plus invalidante, en plus du côté droit et que s'y associe une tendinopathie de De Quervain du poignet;
- b) certificat du 9 janvier 2006 du Dr C\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique de la main, qui confirme une épicondylite chronique gauche suite à des mouvements très répétitifs, justifiant une prise en charge à titre de maladie professionnelle;
- c) rapport d'imagerie médicale du 8 décembre 2005 du coude gauche mentionnant une petite zone de rupture partielle de 7,4 mm sur la face inférieure du tendon extenseur commun du poignet;
- d) rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 20 novembre 2006, qui mentionne l'existence très nette de canal carpien prédominant à gauche, confirmé par l'EMG, ainsi qu'une épicondylite nette sans nécessité chirurgicale;
- e) attestation de M. D\_\_\_\_\_ du 30 avril 2010, qui indique que l'assurée était sa suppléante dans l'entreprise. Le réglage des machines consiste à changer les moules plusieurs fois par jour, qui pèsent plus de 15 kg. L'assurée travaillait aussi à l'établi, sur des séries de plusieurs milliers de pièces elle mettait des poids et soulevait des poids de 1 kg à 5 kg pour presser des pièces encollées. Après avoir fabriqué 10 pièces, il faut poser un poids d'1 kg, puis après 30 pièces, changer ce poids par un poids de 5 kg. Le travail était répétitif, avec des cadences de plus en plus élevées et des matières plus difficiles et plus dures à travailler;
- f) expertise du Dr EA\_\_\_\_\_, généraliste, du 6 octobre 2006 qui contient une anamnèse détaillée, un résumé de l'ensemble des pièces médicales du dossier, les résultats de l'examen clinique pratiqué et qui retient, s'agissant des TMS, une épicondylite chronique droite opérée, avec séquelles, une tendinite de De Quervain droite avec diminution des amplitudes du poignet, une épicondylite chronique gauche non opérée, avec diminution notable de la force de préhension et une compression légère du canal carpien gauche aggravant le résultat fonctionnel des épicondylalgies.

28. Par mémoire-réponse du 7 septembre 2010, la SUVA conclut au rejet du recours motif pris que le lien de causalité entre l'exercice de l'activité professionnelle répétitive de l'assurée et ses troubles est impossible à établir. L'analyse

d'ERGORAMA et l'étude de ROQUELAURE admettent que les informations médicales au sujet des personnes observées sont nécessaires afin de déterminer s'il existe des facteurs prédisposant. Ainsi, le dossier ne contient aucune analyse probante permettant d'admettre l'existence d'un lien de causalité qualifié entre les troubles de l'assurée et son activité professionnelle. Le cas de l'assurée a fait l'objet d'examen circonstanciés de la part des médecins de la SUVA et le poste de travail a été examiné à deux reprises. L'ensemble de ces rapports sont dûment motivés. En particulier, si le Dr A\_\_\_\_\_ ne conteste pas que l'activité professionnelle a pu jouer un rôle de déclencheur extérieur dans l'apparition des troubles affectant le coude droit de l'intéressée, il relève que la cause de ces troubles doit être recherchée dans d'autres facteurs, soit en particulier l'âge. Il souligne que l'activité de la recourante n'était ni monotone ni répétitive et confirme qu'aucune étude scientifique ne montre que le risque de subir des lésions au coude est plus élevé avec les diverses activités de la maroquinerie et la gainerie que dans la population en général. L'atteinte bilatérale est intervenue alors que l'intéressée était déjà en arrêt de travail depuis 6 mois. La SUVA rappelle que le Tribunal est saisi de cinq autres causes (A/1538/2010, A/1540/2010, A/1590/2010, A/1611/2010 et A/1418/2010) et suggère de les instruire en commun.

29. Lors de l'audience de comparution des mandataires du 19 octobre 2010, il est convenu que le Tribunal instruira les six causes en parallèle, puis à l'issue de l'instruction, suspendra quatre causes et jugera deux causes pilotes (A/1418/2010 et A/1612/2010). Les mandataires des assurées sollicitent que le Tribunal ordonne une expertise médicale, épidémiologique et ergonomique, puis un délai est 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.
30. Par ordonnance du 1<sup>er</sup> février 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice mandate la Dresse FA\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail auprès de l'Institut universitaire romand de santé au travail (IST) pour procéder à une expertise de médecine du travail, avec le concours d'un ergonome, et si nécessaire, d'un médecin spécialisé en rhumatologie et/ou en chirurgie orthopédique ou de la main.
31. L'experte informe la Cour de céans le 21 juin 2011 que, des six expertisées, cinq ont donné suite au rendez-vous fixé, seule Mme M\_\_\_\_\_ ayant annulé son rendez-vous, "renonçant" à une expertise. Le rapport d'expertise est prévu pour le premier trimestre 2012.
32. Le rapport d'expertise du 27 mars 2012 contient un résumé des pièces. Ensuite, l'anamnèse complète de chaque assurée est présentée, précisant les antécédents médicaux personnels, les habitudes, les loisirs et donnant quelques éléments de l'anamnèse sociale et familiale. S'agissant de l'anamnèse professionnelle, elle

---

détaille les activités de chaque assurée dès la scolarité obligatoire puis, dans le cadre de l'entreprise X\_\_\_\_\_ SA où les activités déployées dans chacun des postes occupés sont détaillées. Les données subjectives et les constatations objectives puis les diagnostics retenus sont mentionnés. Suite à l'analyse sur le plan ergonomique de l'activité effectuée, l'experte détermine la présence et l'importance des facteurs de risques professionnels primaires, secondaires et tertiaires, ainsi que la présence et l'importance des facteurs prédisposant, des activités non-professionnelles et des autres causes non professionnelles. Après avoir déterminé pour les diagnostics retenus si le lien de causalité entre la maladie et l'activité professionnelle est possible, probable, prépondérant (soit à plus de 50% pour le tunnel carpien) ou nettement prépondérant (soit à plus de 75%), l'experte expose les motifs pour lesquels elle s'écarte ou rejoint les conclusions des Drs W\_\_\_\_\_ ou A\_\_\_\_\_ d'une part ou du Dr T\_\_\_\_\_ d'autre part, le cas échéant si elle s'écarte du rapport d'ERGORAMA SA. Les diverses activités effectuées par les collaborateurs de l'entreprise ont été observées in situ par Mme GA\_\_\_\_\_, ergonome auprès d'IST, le 11 mai 2011. Des photos et des vidéos ont été prises lors de cette journée pour valider l'observation et le logiciel Captive a permis de mettre en évidence certaines données temporelles. L'analyse s'est portée sur les facteurs de risques des troubles musculosquelettiques, à savoir les facteurs biomécaniques (postures, mouvements, force, répétitivité) et organisationnelles (autonomie, interdépendances, tournus). La visite a été effectuée par la Dresse FA\_\_\_\_\_, la Dresse HA\_\_\_\_\_, également médecin du travail, Mme GA\_\_\_\_\_, ainsi que Mme E\_\_\_\_\_. La situation de l'entreprise en 2011 a été examinée, les postes occupés ont été décrits et le descriptif ainsi que les caractéristiques des travailleurs présents dans l'entreprise le jour de la visite ont été détaillés par un tableau récapitulatif mentionnant leur âge, leur ancienneté, les éventuels symptômes TMS, la prise de médicaments ainsi que les diagnostics retenus, s'ils sont connus et ce, afin de calculer la prévalence des symptômes et diagnostics TMS des membres supérieurs au sein de l'entreprise.

33. Dans le délai fixé au 6 juin 2012, les parties se déterminent ainsi sur le rapport d'expertise:
- a) l'assurée maintient ses conclusions conformément à son recours, l'expertise retenant que le lien de causalité entre l'activité professionnelle exercée et les diagnostics est prépondérant et nettement prépondérant.
  - b) la SUVA persiste à conclure au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise, l'expertise présentant de graves insuffisances du point de vue médical, de sorte qu'il n'est pas établi que les affections ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle, en se fondant sur l'appréciation médicale du Dr W\_\_\_\_\_ du 24 mai 2012.

34. Le rapport du 24 mai 2012 du Dr W\_\_\_\_\_ relève que la partie la plus importante de l'expertise est consacrée aux sollicitations ergonomiques de chaque employé, cette enquête étant conduite de manière très méticuleuse et minutieuse, tout en étant documentée par des photographies et un film, alors que la pathophysiologie des tableaux cliniques diagnostiqués est beaucoup moins discutée. Il fait ensuite des remarques à propos des divers diagnostics.

- Concernant la ténovaginite de De Quervain (ou ténosynovite De Quervain), il s'agit exclusivement d'une dégénérescence mucoïde et pas du tout une lésion inflammatoire. L'influence de paramètres mécaniques ne peut représenter qu'une cause partielle dans l'étiologie d'une maladie tendineuse qui reste indéterminée et il faut alors être extrêmement exigeant si l'on veut établir un lien de causalité nettement prépondérant. Il n'y a pas de justification biologique plausible à l'hypothèse de l'expertise, selon laquelle une sursollicitation d'origine mécanique entraînerait un épaissement de la gaine tendineuse fibreuse entraînant à son tour une inflammation et une sténose. Les études scientifiques confirment la prédominance de facteurs prédisposant, comme le sexe féminin et l'âge, comme causes de cette pathologie. Ainsi, l'appréciation du rapport de causalité de l'expertise repose unilatéralement sur des études ergonomiques; ces travaux ont certes identifié des facteurs de risques professionnels qui sont aptes à générer des troubles d'une tendinite de De Quervain, sans fournir toutefois d'indication quant à l'origine proprement dite de ce trouble, c'est-à-dire en méconnaissant la pathophysiologie de cette maladie. C'est ainsi bien parce qu'elles sont des femmes et non pas parce qu'en tant que femmes, elles exercent des activités professionnelles sollicitant les extrémités supérieures et de nature répétitive, que celles-ci souffrent plus fréquemment de cette pathologie.
- S'agissant du syndrome du canal carpien (SCC), des études plus récentes dressent un tableau différent du pic de fréquence des SCC (40 à 49 ans), par rapport à ce que le Dr W\_\_\_\_\_ avait précédemment soutenu (entre 50 et 60 ans). Ainsi, les premiers symptômes concernant l'ensemble des employés de l'entreprise affectés d'un SCC sont apparus dans la tranche d'âge correspondant statistiquement au pic de fréquence qui se trouve entre 40 et 49 ans. Les études mentionnées par l'expertise sont contredites par d'autres travaux qui ne sont pas commentés et l'on peut ainsi douter que l'experte en ait eu connaissance. L'ensemble des études que les Dr W\_\_\_\_\_ cite ont été analysées par deux auteurs, indépendamment l'un de l'autre, sur la base des critères de causalité à la fois biologique et épidémiologique définis par Bradford Hill. Les critères biologiques comprennent la plausibilité, soit le rapport plausible biologiquement entre une cause présumée et un effet, les preuves expérimentales et la force de l'association entre un facteur de risque et une maladie. Les critères épidémiologiques sont le gradient biologique, la cohérence ou répétabilité, la spécificité et l'indépendance, la temporalité, l'analogie et la

cohérence biologique. Après avoir analysé 117 publications, ces deux auteurs parviennent, s'agissant des facteurs biologiques, à un score de Bradford Hill allant de 10,4 à 14,2, pour les facteurs génétiques, la race, l'anthropométrie du poignet, le status hormonal, la surcharge pondérale, le diabète, l'âge et le sexe. S'agissant des facteurs professionnels, ce score oscille entre 3,6 et 6,5, pour le mouvement répétitif des mains, les vibrations, le type d'activité professionnelle, la flexion du poignet, la force, le travail manuel pénible et l'extension continue du poignet. La littérature retient ainsi que l'étiologie d'un SCC est largement structurelle génétique et biologique, alors que les facteurs environnementaux et professionnels, tels que l'usage répété de la main, n'ont qu'un rôle mineur et secondaire. De plus, l'experte n'explique pas pourquoi l'ancienneté joue un rôle plus important que l'âge dans l'analyse bivariée de la firme ERGORAMA.

- S'agissant du conflit sous-acromial au niveau de l'épaule, les douleurs de l'épaule sont fréquentes, 7% à 20% de la population en souffrant, ce pourcentage augmentant en fonction de l'âge et le pourcentage n'étant pas plus élevé chez des travailleurs de force que chez des secrétaires médicales. L'impingement sous-acromial (syndrome de conflit sous-acromial) n'est pas un diagnostic, mais un symptôme, une douleur de l'épaule provoquée par certains mouvements et qui peut résulter de diverses pathologies. L'une des causes les plus fréquentes de cette pathologie est une lésion de la coiffe des rotateurs d'origine dégénérative. Le conflit peut aussi résulter d'une tendinite calcifiante du tendon du sus-épineux ou d'une tendinite d'une long chef du biceps ou par une structure particulière de l'acromion. Le Dr W\_\_\_\_\_ suppose que l'experte ignorait l'existence du rapport du Dr IA\_\_\_\_\_ du 31 janvier 2006 s'agissant de Mme L\_\_\_\_\_. Dans ce cas-là, les pathologies diagnostiquées au niveau de la ceinture scapulaire représentent des modifications dégénératives dues à l'âge et des facteurs d'origine professionnelle ne peuvent pas jouer le rôle d'une cause nettement prépondérante. Ainsi, l'arthropathie d'origine dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire avec éperon acromial évident représente la cause nettement prépondérante du conflit sous-acromial. L'experte affirme donc à tort qu'aucune anomalie biomécanique n'a pu être mise en évidence, puisque elle ne l'a pas contrôlé.
- S'agissant des cervicalgies sur arthrose, elles ont été diagnostiquées chez trois assurées. Les douleurs de la nuque sont tellement fréquentes que l'on doit parler d'une véritable maladie endémique, les douleurs nucales ayant une prévalence élevée dans la population. Par ailleurs, les facteurs individuels et les paramètres liés au travail sont à ce point enchevêtrés qu'ils ne peuvent pas être démêlés. On ne peut donc pas apporter la preuve d'une origine professionnelle nettement prépondérante aux douleurs de la nuque, étant relevé que l'une des assurées évoque des douleurs nucales quotidiennes en 2011, alors qu'elle a cessé de travailler depuis de nombreuses années, ce qui parle clairement en faveur d'une prédominance de facteur étranger au travail. L'étude citée par l'experte s'est

limitée à analyser l'association de douleurs de la nuque et des épaules avec l'activité professionnelle, sans tirer de conclusions définitives quant à la cause véritable des douleurs de la nuque.

En conclusion, l'expertise se contente de mettre en évidence un travail à risque d'un point de vue ergonomique pour établir un rapport de causalité entre l'activité professionnelle et les pathologies susmentionnées, sans un exposé plausible des motifs médicaux permettant la mise en évidence d'un rapport de causalité prépondérant, voire nettement prépondérant. Il n'est ainsi pas répondu à la question de savoir, dans le contexte de tous ces tableaux cliniques d'origine multifactorielle, pourquoi les facteurs d'influence professionnelle sont-ils à ce point prédominant – comparé à d'autres facteurs prédisposant non-professionnels et individuels – qu'il faille les désigner comme cause principale. L'expertise se fonde sur une seule évaluation statistique réalisée par ERGORAMA, soit une analyse de régression bivariée, qui n'expose pas non plus les motifs de nature biologique du rapport de causalité. L'experte évoque un cumul d'effets mécaniques à risque, mais n'explique pas quel serait l'effet d'une telle accumulation : lente augmentation de pression dans le canal carpien, ischémie insidieuse, inflammation chronique non spécifique. Ces hypothèses n'expliquent pas pourquoi il faudrait attendre 15 à 20 ans jusqu'à ce que les premiers symptômes d'un SCC se déclarent, alors que les premières constatations devraient apparaître dans un intervalle de quelques mois ou après 1 an ou 2 ans, si les sollicitations mécaniques de nature professionnelle étaient la cause principale du SCC, alors que l'âge reste déterminant. La prévalence relevée par l'experte dans l'entreprise n'est pas fondée sur des documents médicaux et est fondée sur les dires des employés au cours d'une procédure judiciaire et l'image que l'on obtient est déformée : l'âge moyen des 27 employés qui se plaignent de TMS est de 45,8 ans, soit nettement plus élevée que les 9 employés asymptomatiques, soit 34 ans (entre 20 ans et 62 ans). Ainsi, l'expertise n'a pas de valeur probante, car elle comporte de sévères imperfections scientifiques (simulation d'un consensus scientifique inexistant, absence de confrontation avec la littérature scientifique, méconnaissance des mécanismes pathophysiologiques des tableaux cliniques) et des lacunes graves (pas de prise en compte de documents médicaux importants).

35. L'experte n'étant pas disponible jusqu'à fin novembre, c'est lors de l'audience du 11 décembre 2012 que la Dresse FA\_\_\_\_\_ est entendue, en présence des parties, de leurs mandataires et du Dr W\_\_\_\_\_. Interrogée sur divers points ressortant de l'expertise, elle s'exprime ainsi:

"a) Lors de la visite sur place, le but principal était d'examiner la réalité du travail et nous avons pu vérifier que l'activité en 2011 était tout à fait représentative de la description faite par les assurées de celle de 2001-2002. Nous avons constaté que plusieurs salariées portaient attelle ou minerve et il était déontologiquement impossible pour un médecin du travail de fermer les yeux sans poser des questions. Avec l'accord de la directrice RH et des salariées, nous les avons interrogées, en

précisant que nous agissions dans le cadre d'une expertise, pour analyser le travail. Les réponses quant aux diagnostics doivent être prises avec précaution, car nous n'avons pas eu accès aux dossiers médicaux. Par contre, s'agissant des symptômes, les réponses des salariées étaient spontanées et fiables.

b) S'agissant des études de prévalence, il est difficile de trouver des chiffres exploitables, car dans certaines études, la description du poste est imprécise (une vendeuse en confection n'a pas la même activité qu'une caissière). Je me suis fondée sur l'étude Shiri, qui est plus précise puisqu'elle détaille la question pour chacun des troubles examinés, alors que l'étude suisse citée (36) est globale pour l'ensemble des TMS.

c) Il peut paraître étonnant que sept salariées aient été en incapacité de travail entre 2001 et 2003 et plus depuis lors. Toutefois, la responsable RH est récente et indique ne pas avoir connaissance de problèmes de santé, alors que plusieurs salariées portent une minerve ou une attelle, ce qui devrait engendrer des questions de ladite responsable. On peut envisager notamment que les salariées aient peur de perdre leur emploi si elles font état de problèmes de santé en lien avec celui-ci.

d) S'agissant de la survenue du TMS, il n'y a pas de consensus, la littérature confirmant qu'il peut intervenir après quelques semaines, mois ou années. On ne peut donc pas définir de temps de latence. Le TMS est la résultante d'un déséquilibre entre des sollicitations biomécaniques et la capacité physiologique ou musculaire de la personne de "faire avec". L'élément important est l'intensité de l'exposition. Toutes les concernées ont présenté les premiers symptômes dans le courant des années 1990 et il s'avère que c'est à ce moment-là que le travail s'est intensifié, que l'exigence de performance s'est accrue et que la qualité des cuirs est devenue plus difficile à manier.

e) Sur question du Dr W \_\_\_\_\_, s'agissant de savoir quel est ce cumul d'effets mécaniques qui impliquerait que la durée d'exposition est plus importante que le processus physiologique lié à l'âge, les études indiquent, s'agissant du SCC, que l'hyper-sollicitation augmente la pression dans le canal, qui est normalement de 10 mmgh et peut aller jusqu'à 40 mmgh, lors d'hyper-sollicitations qui impliquent que le poignet est régulièrement et beaucoup en position extrême. Cette augmentation de la tension provoque des lésions notamment vasculaires du nerf, mais également des lésions des tendons fléchisseurs des doigts. Il s'agit donc d'un effet ischémique, car la mauvaise irrigation implique une souffrance des tissus, soit un phénomène inflammatoire qui peut par exemple entraîner une fibrose. Cela explique la compression du canal carpien. Il peut y avoir d'autres mécanismes, par exemple un œdème, qui aboutira également à la compression du canal. Cette physiopathologie est retenue par de nombreuses études, la plupart étant effectuées sur des cadavres ou des animaux car il est difficile de les effectuer sur des êtres vivants.

D'après la littérature, il y a maintenant un consensus international sur le fait que les TMS découlent d'hyper-sollicitations. Certes, le phénomène est multifactoriel, et je n'exclus pas les facteurs individuels tels que l'âge, le genre et l'obésité, mais les facteurs biomécaniques sont les plus importants. Dans le cas des expertisées, seule une avait un BMI de 28. Or, la plupart des études mentionnent l'obésité comme facteur de risque. Un BMI jusqu'à 25 est un poids normal, de 25 à 30 un surpoids, et au-delà de 30 une obésité.

f) S'agissant de l'âge, le pic des TMS a été mentionné entre 50 et 60 ans il y a quelques années et certaines études indiquent un pic entre 40 et 45 ans actuellement. D'autres études indiquent que, plus l'âge avance, plus le nombre de cas est important, de sorte qu'il n'y a pas de consensus sur ce critère de l'âge. Il est évident qu'en vieillissant, les tissus vieillissent également, ce qui n'explique donc pas pourquoi certaines personnes sont affectées plus jeunes d'un TMS que d'autres. C'est donc bien le facteur environnemental qui doit être analysé. Il a parfois été constaté qu'après un pic entre 40 et 55 ans, le nombre de cas baisse au-delà, ce qui peut s'expliquer par un changement d'activité, voire une retraite. Les études de Roquelaure comparant une population de cols blancs avec une autre de cols bleus, avec des critères d'âge, de genre et de poids comparables, démontrent que les cas de TMS est de plus du double dans la population de cols bleus.

g) Sur question de la SUVA, s'agissant de savoir pourquoi une assurée connaissant une forte sollicitation de 20 à 42 ans présenterait des symptômes seulement à ce moment-là, si ce n'est en raison de l'âge, j'explique que, comme déjà indiqué, il y a une inconnue s'agissant de la latence et qu'après une anamnèse détaillée, on constate parfois, comme dans le cas des assurées, qu'il y a précisément eu une intensification lors de l'apparition des symptômes. Surtout, vingt-deux ans d'hyper-sollicitations expliquent le TMS. Par analogie, l'asthme à la farine du boulanger peut intervenir après trois ans comme après vingt ans d'exposition, sans que l'on puisse l'expliquer.

h) S'agissant du genre, j'ai pris connaissance de l'étude Dias, qui estime que les femmes actives ne connaissent pas plus de TMS que les autres. D'une part, l'activité de ces femmes est peu décrite. D'autre part, les revues systématiques, qui reprennent l'ensemble des études et incluent celle de Dias, aboutissent à la conclusion générale que le travail répétitif est un facteur causal des TMS, les femmes étant généralement assignées à ce genre de travaux, alors que les hommes ont une activité plus dynamique. L'aspect hormonal indiqué par l'étude Szabo, soit au-delà de la ménopause, rejoint l'âge de 50 à 60 ans. Ainsi, comme pour le facteur de l'âge, celui-là coïncide à la période suivant une longue exposition. Je n'ai pas d'autre commentaire à faire s'agissant de l'étude Dias. Je relève que les femmes cumulent les sollicitations professionnelles et ménagères.

i) S'agissant des chiffres mentionnés à l'appui des facteurs de risques professionnels (Odd ratio ou risque relatif), lorsqu'il est indiqué 9,0, cela implique que par exemple la force de préhension implique neuf fois plus de risque d'avoir un TMS. La mention 95 % CI indique l'intervalle de confiance du résultat.

Le Bradford Hill est une étude des critères épidémiologiques de 1960, qui n'est pas comparable au risque relatif, mais fait une gradation de l'importance des facteurs non professionnels. D'autres études plus récentes confirment l'importance du facteur professionnel. Je précise qu'il est bien sûr plus facile de déterminer avec précision le sexe, l'âge, le surpoids et la taille du poignet que de décrire précisément le travail effectué, de sorte que ce score de Bradford Hill est difficile à utiliser.

j) S'agissant de la ténosynovite de De Quervain, il n'y a même pas de consensus s'agissant du nom du diagnostic et bien que le phénomène inflammatoire ne soit pas aussi marqué que pour un SCC, il y a des cellules inflammatoires qui conduisent à une fibrose, les infiltrations corticostéroïdes étant d'ailleurs prescrits en cas d'inflammation. Certes, lorsqu'on opère, le phénomène inflammatoire est parfois calmé et n'est plus visible et on ne voit plus que la fibrose. Je m'étonne que le Dr W\_\_\_\_\_ ne connaisse pas Up to date, elle est citée plus précisément sous Clarke. L'étude Wolf, janvier 2009, produite par Me MOLO fait partie de ces études qui ne tiennent pas compte de l'activité précisément effectuée dans l'analyse des TMS.

L'étude de Clarke citée par la SUVA (différente de celle mentionnée ci-dessus) exclut que la ténosynovite soit inflammatoire, mais elle est contredite par d'autres études condensées dans Up to date. Les affirmations du Dr A\_\_\_\_\_ sont contredites par d'autres études qui démontrent que la position extrême du poignet et des pouces adoptée par les assurées implique la compression des tendons qui se trouvent dans la poulie au niveau de la styloïde. Bien que le mécanisme physiologique de base de l'inflammation ne soit pas entièrement expliqué, on trouve néanmoins des cellules inflammatoires.

k) S'agissant du SCC chez Mme L\_\_\_\_\_, vers 41 ans, une tendinite a été diagnostiquée, étant précisé que les mouvements répétés peuvent également causer ce trouble-là. Il est fort possible que la sollicitation ayant persisté, c'est ensuite le nerf qui a été atteint, de sorte que le SCC n'a été diagnostiqué qu'à 49 ans. Des symptômes non spécifiques du SCC peuvent être des signes avant-coureurs de cette affection. Le fait que cette assurée présente un SCC bilatéral ne permet pas d'exclure la cause professionnelle, car cela doit être analysé dans le contexte concret. D'une part, l'analyse du travail démontre que les deux mains sont soumises à rude épreuve. D'autre part, il ne s'agit pas d'un salarié présentant un SCC bilatéral, ce qui permettrait de l'attribuer à une cause non professionnelle, mais d'une assurée incluse dans un collectif de travailleurs présentant des TMS du membre supérieur.

l) S'agissant du conflit sous-acromial, je rappelle d'une part que nous n'avons pas remis en cause les diagnostics ressortant des dossiers médicaux qui nous ont été remis. Il ne s'agit pas du terme ressortant de la classification internationale, mais tout le monde médical sait de quoi il s'agit, c'est-à-dire du syndrome de la coiffe des rotateurs (CIM 10 - M75.1). Le syndrome d'empiètement de l'épaule (M75.4) correspond au conflit sous-acromial. Il y a quatre muscles particuliers qui forment la coiffe des rotateurs. C'est le sus-épineux qui est le plus souvent mis à mal. Le tendon de ce muscle passe sous l'acromion et est inséré sur la tête de l'humérus. Lors de l'abduction (épaule à l'équerre), ce tendon est coincé, donc il souffre, notamment car il est mal vascularisé. Le mouvement implique également un effort pour le muscle. Les expertisées, qui ont travaillé durant vingt ans, les deux bras en abduction, sans point d'appui, en utilisant de la force, en position statique et assise, sont donc exposées à cette pathologie.

D'une part, même le professeur de rhumatologie du CHUV estime qu'un éperon volumineux ne signifie rien. Tel ne serait pas le cas d'un acromion présentant une spécificité anatomique crochue, qui pourrait expliquer que le tendon frotte contre ce "crochet". D'autre part, en admettant même que ce volumineux éperon soit une anomalie anatomique, une étude sur des rats a démontré que cette anomalie était sans conséquence lors d'activités normales, mais pathologique lorsque l'on sur-sollicitait la patte du rat. Ainsi, chez l'assurée, c'est bien l'activité très spécifique d'élévation de l'épaule qui explique le conflit sous-acromial. De plus, les radios ont été faites lors des symptômes, de sorte que l'on ne sait pas si cet éperon était là auparavant ou a été causé par les mouvements.

m) S'agissant des cervicalgies, des études rapportent des douleurs chroniques de la nuque et des épaules consécutives à la position statique, bras élevés, avec des mouvements de force, en raison de la chaîne musculaire qui va de la nuque aux bras. Par ailleurs, ces cervicalgies intervenant dans une globalité de cas de TMS, compte tenu de ces études, nous pouvons estimer, par extrapolation, que rien ne permet de considérer qu'elles ne sont pas consécutives à l'activité professionnelle. Le fait que Mme L\_\_\_\_\_ souffre encore de sa nuque onze ans après la fin de l'activité ne permet pas d'exclure la cause professionnelle, car les maladies chroniques ayant entraîné des microtraumatismes et des contractures qui ont duré impliquent des lésions qui ne sont pas totalement guéries, de sorte que les douleurs continuent. Il en va de même parfois du SCC, même après une opération.

n) Bien que les études citées par le Dr W\_\_\_\_\_ concernant des porteurs indiens et des ouvriers portant de lourdes charges impliquent le port de charges pour expliquer l'arthrose cervicale C5-C6, je précise que certaines assurées portaient également des moules de 5 à 10 kg, des rouleaux de cuir lourds, découpaient ces peaux avec force, ce qui implique un effort des bras et de la nuque. Il s'avère que les études ont porté spécifiquement sur le travail masculin, mais que les femmes aussi parfois doivent porter des charges. On ne peut pas comparer les

---

femmes africaines qui portent de lourdes charges sur la tête, lors d'une activité dynamique, une stature droite, avec l'activité des assurées, huit heures par jour, voire plus en raison du travail à domicile, durant vingt ans, sans aucun temps de récupération musculaire.

Je m'étonne que les études citées par le Dr W\_\_\_\_\_ indiquent que la modification de la position et de la place de travail est sans effet sur les troubles de la nuque. La prévention au travail, notamment préconisée par le SECO, propose des positions (écran, chaise, etc.) qui ont pour but de soulager ces douleurs et d'éviter les TMS."

36. Lors de l'audience, il est établi que la SUVA a omis de produire dans le dossier individualisé préparé à l'intention de l'experte, le rapport du Dr W\_\_\_\_\_ du 20 juillet 2010 concernant Mme L\_\_\_\_\_, de sorte que l'on ne saurait lui reprocher de ne pas en avoir tenu compte. Par contre, l'analyse du Dr IA\_\_\_\_\_ lui a été soumise. Lors de l'audience également, l'assurée produit l'étude de WOLF de 2009 et l'étude DIAS de 2004.

37. Dans le délai fixé au 15 mars 2013, toutes les parties se déterminent :

a) l'assurée et deux des autres assurées, représentées par le même mandataire, persistent dans leurs conclusions. L'expertise a pleine valeur probante et les critiques de l'intimée ne mettent pas sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'experte. L'étude WOLF citée par le Dr W\_\_\_\_\_ ne mentionne que des facteurs prédisposant, sans traiter des critères professionnels, de sorte qu'il est inadmissible d'affirmer que la littérature retient la prédominance de facteurs prédisposant sur la base de cette étude, qui ne tient aucun compte des facteurs professionnels. L'étude de DIAZ n'est pas pertinente, puisqu'elle étudie sans discernement le cas de dactylos, d'ouvrières et de coiffeuses et on ne peut raisonnablement exclure une origine professionnelle prépondérante dans les maladies diagnostiquées chez les recourantes qui soulèvent des poids jusqu'à 30 kg et exercent une force de préhension importante, sur la base d'une étude portant sur des coiffeuses. A l'inverse, Up To Date est une base de données établie par 5'100 auteurs, éditeurs et pairs d'examineurs, utilisée par 700'000 médecins dans 158 pays et 90% des centres médicaux académiques aux Etats-Unis, qui est inconnue du Dr W\_\_\_\_\_ et à juste titre utilisée par l'experte. L'examen du cas des recourantes, ainsi que celui des employés actuels démontre que la durée d'ancienneté est le facteur déterminant de l'apparition des cas. Dans le panel actuel des ouvriers, toutes les personnes qui présentent des douleurs ont au moins 6 ans d'ancienneté, sauf deux. S'agissant plus particulièrement de Mme E\_\_\_\_\_, la prise de position de la SUVA quant à l'expertise ne comporte pas une seule ligne consacrée à l'épicondylite, de sorte que l'intimée admet la conclusion de l'experte selon laquelle le lien de causalité est nettement

prépondérant dans ce cas-là. L'épicondylite bilatérale est apparue dès 1998, alors que le changement d'activité dû à la restructuration de l'entreprise est survenu vers 1992, l'assurée ayant été exposée de manière répétée, cumulée ainsi que cadencée pendant 29 ans aux facteurs de risques dans toutes les tâches décrites, mais en particulier à la confection des intérieurs d'écrans et au changement de moules entre 1992 et 2001. L'objection de la SUVA, selon laquelle on ne peut pas expliquer l'apparition des symptômes après une durée longue d'exposition tombe à faux, au vu du changement d'activité et de l'intensification du travail. Dans le cadre du SCC, le lien de causalité prépondérant retenu par l'experte suffit à établir qu'il s'agit d'une maladie professionnelle, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'assurée ayant par ailleurs un BMI de 22 seulement.

- b) la SUVA persiste à conclure au rejet du recours et à la confirmation des décisions entreprises. Elle soutient que l'expertise, malgré les explications subséquentes de l'experte, comporte des lacunes très sérieuses, de sorte qu'elle ne revêt aucune valeur probante et n'établit en tout cas pas que les affections des recourantes ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de leur activité professionnelle. S'agissant plus particulièrement du SCC, les explications de l'experte concernant la nature exacte de l'effet du cumul mécanique qui impliquerait que la durée d'exposition est plus importante que le processus physiologique lié à l'âge ne sont pas convaincantes. L'experte omet d'évoquer des aspects décisifs. Lors de flexions ou d'extensions du poignet, la pression dans le canal carpien augmente de manière physiologique également chez des individus qui ne présentent aucun SCC. Or, chez un patient qui présente un SCC, la pression est beaucoup plus élevée, de sorte que la pathologie doit également être rapportée à un déséquilibre constitutionnel entre la capacité et le contenu du canal carpien. Les modifications physiologiques énumérées par l'experte peuvent être observées dans une même ampleur chez tous les patients qui souffrent d'un SCC, indépendamment du fait qu'ils aient ou non, auparavant, exercé une activité professionnelle astreignante du point de vue ergonomique. L'attribution prépondérante de ces modifications physiopathologiques à des hypersollicitations de la main n'est pas acceptable du point de vue scientifique. La durée de l'exposition, sur plus de 20 ans, tend à confirmer que le critère de l'âge est plus important que celui de la durée de l'exposition. S'il fallait admettre l'hypothèse, non prouvée, qu'une activité manuelle sollicitante provoque une lésion, susceptible d'être établie, des structures anatomiques du tunnel carpien, il n'est pas plausible que cette lésion ne se manifeste qu'après 20 ans, ce qui est confirmé par l'étude néo-zélandaise citée par le Dr W\_\_\_\_\_, concernant des bouchers chargés de l'abattage d'agneaux, auprès desquels les symptômes d'un SCC apparaissent après 3 ans au maximum. Cette courte période de latence parle clairement en défaveur de l'hypothèse d'une

atteinte due au travail survenant après 15 à 20 ans. Si les plaintes surviennent après autant d'années, à l'âge typique de survenance de ce syndrome, le facteur prédisposant de l'âge en constitue la cause la plus probable.

38. La cause est gardée à juger le 27 mars 2013.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 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 la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

Dès le 1<sup>er</sup> 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.

2. À teneur de l'art. 1<sup>er</sup> al. 1<sup>er</sup> LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents à moins que la LAA n'y déroge expressément.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), les recours des 22 avril et 29 avril 2010 sont recevables.
4. Le litige porte sur le droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-accidents et, singulièrement, sur la question de savoir si tout ou partie des troubles diagnostiqués doivent ou non être qualifiés de maladie professionnelle.
5. a) L'art. 6 al. 1<sup>er</sup> LAA dispose que les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Aux termes de l'art. 9 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 (al. 1<sup>er</sup>). Sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (al. 2). Sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée. Une maladie professionnelle est

---

réputée déclarée dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler (al. 3).

Selon l'annexe 1 (ch. 1 a) à l'ordonnance sur l'assurance-accident du 20 décembre 1982 (OLAA; RS 832.202) édictée en application de l'art. 9 al. 1 LAA, la paralysie nerveuse par pression est une maladie professionnelle. Le Tribunal fédéral a confirmé que le syndrome du tunnel carpien est une telle affection (arrêts non publiés du 2 février 1996, U 203/93 et du 2 juillet 1997; U 176/96).

b) La clause générale de l'article 9 al. 2 LAA répond au besoin de combler d'éventuelles lacunes qui subsisteraient dans la liste que le Conseil fédéral est chargé d'établir en vertu de l'art. 9 al. 1 LAA (ATF 116 V 141 consid. 5a et les références). La condition d'un lien exclusif ou nettement prépondérant n'est réalisée que si la maladie a été causée à 75 % au moins par l'exercice de l'activité professionnelle (ATF 119 V 200 consid. 2b et la référence). L'affection doit être au minimum 4 fois plus fréquente dans le métier exercé par l'assurée que dans la population générale pour que l'on puisse considérer que la maladie a été causée de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (ATF 126 V 186 consid. 2b, 119 V 201 consid. 2b et la référence). Si les données statistiques font défaut, il faut utiliser les données cliniques (cf. arrêt du 22 septembre 2000 dans la cause U 235/99). 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 au sens de l'article 9, al. 2 LAA (cf. ATF 126 V 183).

Ainsi que l'a relevé MAURER (Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 222), les conditions d'application de l'art. 9 al. 2 LAA ne sont susceptibles d'être remplies que dans de rares situations compte tenu des exigences posées. Elles supposent en tout cas que la maladie résulte de l'exposition d'une certaine durée à un risque professionnel typique ou inhérent. Un événement unique et par conséquent un simple rapport de simultanéité ne suffisent pas (ATF 126 V 186 consid. 2 b).

c) A plusieurs reprises, le Tribunal fédéral des assurances a examiné la question de savoir si l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante au sens de l'art. 9 al. 2 LAA est à apprécier principalement sur le vu des bases épidémiologiques médicalement reconnues ou si, au contraire, ce sont les circonstances particulières de l'occupation professionnelle qui doivent prévaloir (notamment ATF 126 V 183 ; RAMA 2000 N° U 408, p. 407). Dans ces affaires, la Haute Cour a rappelé que, en médecine générale, la relation de cause à effet ne peut que rarement être tirée ou déduite à la manière d'une science mathématique. Compte tenu du caractère empirique de la médecine, lorsqu'une preuve directe ne peut être rapportée à propos d'un état de fait médical, il est bien plutôt nécessaire de

procéder à des comparaisons avec d'autres cas d'atteintes à la santé, soit par une méthode inductive ou par l'administration de la preuve selon ce mode. Dans ce cadre, la question de savoir si et dans quelle mesure la médecine peut, au regard de l'état des connaissances dans le domaine particulier, donner ou non d'une manière générale des informations sur l'origine d'une affection médicale joue un rôle décisif dans l'admission de la preuve dans un cas concret. S'il apparaît comme un fait démontré par la science médicale qu'en raison de la nature d'une affection particulière, il n'est pas possible de prouver que celle-ci est due à l'exercice d'une activité professionnelle, il est hors de question d'apporter la preuve, dans un cas concret, de la causalité qualifiée. La preuve de la causalité qualifiée peut être apportée par des données épidémiologiques (FRESARD/MOSER-SZELLES, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2<sup>ème</sup> éd., no 113 ss).

Ainsi, si 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 actuelles et largement partagées par la communauté des spécialistes sont compatibles avec l'exigence légale d'une relation causale nettement prépondérante, voire exclusive, entre une affection et une activité professionnelle déterminée, subsiste alors un champ pour des investigations complémentaires en vue d'établir, dans le cas particulier, l'existence de cette causalité qualifiée (ATF 126 V 189, consid. 4c et les références).

Le Tribunal fédéral a admis l'existence d'une maladie professionnelle sur la base d'une expertise judiciaire détaillée, qui indique notamment que, d'après l'enquête sur les symptômes et les diagnostics menée auprès des collaborateurs de l'unité en question, la prévalence des diagnostics d'épicondylite radiale, de tendinite du poignet ou de l'avant-bras ainsi que du tunnel carpien était d'au minimum quatre fois plus importante dans le groupe de monteurs présents dès la mise en service de l'unité que dans une population active également exposée au risque. A cet égard, l'experte judiciaire s'était aussi référée à l'étude de prévalence des troubles musculo-squelettiques du membre supérieur dans la population active en France faite par Roquelaure. Si l'on prenait uniquement en considération l'épicondylite, la prévalence était dix fois supérieure à celle observée dans la population générale. Sur la question d'un lien de causalité entre une surcharge professionnelle du système main-bras et une épicondylite radiale, d'autres études récentes basées sur des expérimentations avec des animaux venaient également confirmer que la performance de tâches répétitives et/ou demandant de la force causait des microtraumatismes et que ces blessures conduisaient à une inflammation locale suivie de changements fibreux et structurels des tissus. (Arrêt du 10 novembre 2009; 8C\_410/2009;T 0/2).

---

6. a) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4<sup>ème</sup> édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2<sup>ème</sup> édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c) Le juge peut accorder une 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 d'un 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 (cf. ATFA du 8.5.03 cause U/319/00 et ATF 125 V 353).

d) La valeur probante du rapport médical émanant du médecin traitant doit être relativisée, au motif que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre partie pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée, puisqu'il est lié par un contrat de mandat (cf. ATF 125 V 351).

e) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa p. et les références).

6. En l'espèce, la recourante soutient que les TMS dont elle souffre sont des maladies professionnelles, en se fondant sur l'expertise du Dr T\_\_\_\_\_, le rapport d'ERGORAMA et l'expertise judiciaire, alors que l'intimée le conteste, en se fondant essentiellement sur les appréciations médicales des Dr W\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_. Malgré le renvoi du dossier fin 2007, l'instruction menée par l'intimée n'a pas porté en détail sur l'entreprise, ni sur l'anamnèse et le tableau clinique de l'ensemble des assurées, qui n'ont d'ailleurs pas été soumises à un examen clinique, de sorte que la Cour de céans a ordonné une expertise de médecine du travail confiée à la Dresse FA\_\_\_\_\_, médecin répondant de l'Institut de santé au travail, qui s'est adjoint le concours d'un médecin et d'un ergonome. Le rapport d'expertise du 27 mars 2012 se fonde sur l'ensemble du dossier juridique, médical et ergonomique transmis par la Cour, ainsi que sur un examen clinique de l'assurée, une anamnèse personnelle, professionnelle, sociale et familiale, un rapport d'évaluation ergonomique, un rapport de visite de l'entreprise et des études de prévalence des troubles concernés dans ce domaine professionnel.

7. Les éléments discutés dans le rapport d'expertise peuvent être résumés ainsi:

7.1. Sur le plan diagnostique, l'experte confirme les diagnostics posés par les médecins traitants de l'assurée soit un syndrome du tunnel carpien gauche (opéré en 2007), une épicondylite bilatérale, opérée à droite en 2002, une tendinite de De Quervain (traitée conservativement) et des cervicalgies sur discopathie protrusive d'importance modérée. Le status clinique au jour de l'expertise relève un BMI de 27, mais l'anamnèse précise que ce dernier était de 22 en 1998, lors de l'apparition des douleurs et mentionne les constatations objectives faites sur le plan ostéo articulaire au niveau des douleurs et de la mobilité. Il ressort de l'anamnèse que l'assurée, droitière, a commencé à ressentir vers 1998 des douleurs localisées au niveau des épicondyles des deux coudes mais prédominant à droite, irradiant vers l'épaule et la nuque. Elle a ensuite ressenti vers 2002, des douleurs localisées sur la face radiale du poignet droit et irradiant dans le pouce ainsi qu'une fatigue de la main droite, une tendinite de De Quervain étant alors diagnostiquée. Toutes ces

douleurs du membre supérieur droit deviennent rapidement constantes et insomniantes. Initialement rythmées par le travail, elles deviennent constantes avec le temps. Diagnostiquée en 2001, l'épicondylite est traitée par infiltrations puis opérée en 2002 tant les douleurs deviennent invalidantes, l'assurée ne parvenant plus à tirer les peaux, ni à soulever les poids. Du côté gauche, après le coude gauche dès 1998, des douleurs, fourmillements et dysesthésies à la main gauche sont ressenties dès 2000, avec baisse de la force et rigidité des doigts, conduisent au diagnostic de TCC en 2003, opéré en 2007.

7.2. Sur le plan ergonomique, il ressort de l'anamnèse que l'assurée a travaillé de 1973 à 1992 à l'activité de création de pochette (atelier de maroquinerie) et de coupe des peaux, puis de 1992 à 2001 à l'activité de création des intérieurs d'écrins tout en étant affectée au changement des moules des machines (jusqu'à 15kg), à raison de 15% de son temps. A la fin de son activité, en 2001-2002, elle a travaillé au garnissage des écrins. Le détail de ces activités et la production sont précisés. Les mouvements décrits par l'assurée sont confirmés par l'analyse ergonomique faite dans l'entreprise. L'activité a lieu le plus fréquemment en position assise, en élévation des bras, épaules éloignées du tronc, coudes en abduction et épaules en abduction interne sans appui des avant-bras, la nuque en flexion, et dans le cadre de l'activité de coupe et de changements de moules, position debout, poids sur la jambe gauche en torsion du tronc et sollicitations répétées des bras (épaules, coudes et mains) en abduction et élévation du bras droit pour la poignée. Elle implique, dans le cadre d'un travail manuel répété et sous cadence, sans alternance et avec l'utilisation des deux mains, des positions articulaires extrêmes répétées des poignets et des doigts en alternance des deux mains, le détail des postures de chaque main étant mentionné. Pour le port des moules, le coude et l'épaule droit, ainsi que le poignet sont mobilisés dans une gestuelle (décrite) sous cadence et sans alternance. Dans le cadre d'un cycle de gainage, les gestes à risque de SCC, d'épicondylite ou de tendinite de Quervain (tirer et tendre le cuir, replier les bords du cuir, lisser et frotter le coffret, tout en maintenant fermement le coffret) impliquent des mouvements de flexion des doigts, de supination du poignet, d'extension du poignet et des doigts et d'abduction du pouce et représentent 71% du temps de travail pour le membre non dominant et 59%, pour le membre dominant, étant précisé que le solde de ce temps n'est pas consacré à de la récupération, mais implique d'autres mouvements (élévation de l'épaule, adduction du pouce, etc.). Un cycle de production (soit un coffret) dure environ 5 minutes durant lesquelles les ouvrières tirent une soixantaine de fois sur le cuir. Ainsi, la force développée couplée avec une grande répétitivité et le maintien de positions contraignantes sur de longues périodes sont un facteur de risque évident de TMS, tels que SCC, épicondylite ou tendinite de Quervain. La comparaison des activités confiées aux femmes et aux hommes révèlent une large gamme de mouvements, des gestes amples du corps dans son entier et de lourdes charges pour les premiers et des

postures statiques, des positions statiques articulaires contraignantes, des mouvements des membres supérieurs en force et une importante répétitivité.

7.3. Sur le plan de la prévalence des symptômes et des diagnostics, il ressort de l'enquête menée par l'experte auprès des ouvriers de l'entreprise que 75% des travailleurs actuels souffrent de TMS au niveau des membres supérieurs. Sur 36 personnes, 17 prennent des antalgiques et 4 ont été opérées. Comparée aux données de Roquelaure (population de travailleurs) et aux données de Shiri (population générale), la prévalence des symptômes et des diagnostics est au minimum 4 fois plus grande dans l'entreprise [pour le SCC-douleurs poignet/main, symptômes: 21, diagnostics 9 (Roquelaure) et 5 (Shiri); pour l'épicondylite-douleurs coude/avant-bras: symptômes 7, diagnostics 10 (Roquelaure), 12 (Shiri)]. La prévalence des diagnostics doit être considérée avec prudence, les diagnostics mentionnés par les travailleurs n'ayant pas été vérifiés par l'expert, mais les symptômes rapportés sont fiables. Au surplus, l'enquête montre que le nombre de douleurs TMS augmente significativement avec l'ancienneté, ce qui n'est pas le cas de l'âge.

7.4. S'agissant des facteurs de risques, dans le cas de l'assurée, tous les facteurs de risques professionnels reconnus par la littérature récente en particulier en cas d'épicondylite bilatérale sont présents, soit port de charge-force, répétitivité des mouvements de bras, postures articulaires forcées des mains et des poignets (extension), bras levés éloignés du tronc, précision des gestes et combinaison de force, posture et répétitivité, durant 29 ans, en particulier pour la confection des écrans de 1992 à 2001, alors que parmi les facteurs individuels ou prédisposant, seuls le sexe féminin, la race blanche, un tabagisme modéré, et la main dominante, avec la précision que l'autre membre est aussi atteint, sont retenus, l'experte excluant en particulier l'obésité, le diabète, l'âge, la dépression et toutes les activités (sport, jardinage, etc.). S'agissant du SCC, presque tous les facteurs de risques professionnels sont présents, soit la force de préhension importante, les mouvements de précision avec la main droite notamment, les mouvements répétitifs des deux mains durant plus de 20 ans, la cadence élevée et les postures articulaires extrêmes du poignet. Il en va de même de la tendinite de De Quervain, s'agissant des mouvements répétitifs avec postures articulaires extrêmes pour le poignet et les pouces, les postures extrêmes répétées et soutenues et la cadence élevée. Pour les cervicalgies, l'experte cite l'étude de Palmer (2007) qui confirme la relation de causalité entre les symptômes cervicaux et l'exposition aux facteurs de risques, tels que travail en position statique avec membres supérieurs en perpétuel mouvement et sans appui des avant-bras, la nuque en position fléchie, subi des contraintes ostéoarticulaires prolongées.

7.5. En conclusion, l'experte retient que, compte tenu de l'activité manuelle exercée à 100% durant **29** ans, de l'exposition à des risques spécifiques cumulés, du poids négligeable des facteurs prédisposant individuels et extra-professionnels, le lien de causalité entre le SCC et l'activité professionnelle est prépondérant et le lien de

---

causalité entre l'épicondylite, la tendinite de Quervain et les cervicalgies et l'activité professionnelle est nettement prépondérant. L'experte précise que pour les cervicalgies, les facteurs individuels et extra-professionnels pour la survenue d'une arthrose cervicale sont négligeables, soit un âge de moins de 50 ans, pas d'ostéoporose, pas de sport, ni acromégalie.

7.6. S'agissant de l'avis du Dr A\_\_\_\_\_, l'experte s'en écarte pour les motifs suivants: l'âge de 47 ans (en fait 46 ans) n'est pas typique de l'épicondylite latérale, selon la littérature actuelle (5-6<sup>ème</sup> décade). L'épicondylite est la conséquence de mouvements répétitifs de l'avant-bras avec le poignet dévié et des contraintes biomécaniques détaillées, soit des facteurs de risque professionnel, plutôt que le vieillissement "naturel dégénératif", de sorte que le facteur de l'âge n'est pas prépondérant. Il est ainsi faux d'imputer la survenance de ce trouble à l'âge et de prétendre que l'activité professionnelle est un déclencheur. L'activité exercée pendant 29 ans, avec une exposition prolongée, répétée et cumulée à des facteurs de risque majeurs scientifiquement reconnus est bien la cause de l'épicondylite, ce qui est actuellement admis. Il en va de même selon la littérature pour le SCC et la tendinite de De Quervain, que le Dr A\_\_\_\_\_ n'aborde pas. De façon générale, et contrairement à ce que soutient le Dr A\_\_\_\_\_, la durée d'exposition (29 ans) à des contraintes biomécaniques répétées et cumulées pour les membres supérieurs est un facteur majeur avéré et reconnu scientifiquement de survenue de TMS. Il est incorrect de prétendre que l'activité de l'assurée était variée et alternait les sollicitations, chacun des postes occupés présentant d'importantes sollicitations et, surtout, dès 1993, les sollicitations ont été majeures en raison du cumul de la gestuelle répétitive de la fabrication des écrans et le port de poids répétés avec les contraintes décrites. Pour ce qui est des cervicalgies, le Dr A\_\_\_\_\_ fait fi des facteurs de risque professionnel (flexion de la nuque répétée et prolongée, tensions prolongées et répétées sur les cervicales du fait des répétés des bras et des épaules soumis à port de charge et à postures articulaires extrêmes, sans appui). Ainsi, compte tenu de la durée d'exposition, il n'est pas étonnant de trouver en 1999 une inversion de la courbure physiologique des cervicales et de constater, compte tenu du côté droit dominant chez l'expertisée, des discopathies cervicales latéralisées à droite en C5-C6.

Enfin, la critique du Dr A\_\_\_\_\_ contre l'analyse d'ERGORAMA, qui n'examine pas les aspects concrets et individuels, est infondée, car le rôle d'une analyse biométrique est de définir les facteurs de risque de l'activité en question susceptibles de causer un TMS. De plus, les divers facteurs de risque sont toujours combinés à des niveaux d'intensité et de fréquence propre à chaque tâche et variables dans le temps, ce qui explique que la localisation des TMS peut varier d'un individu à l'autre. Par contre, si le Dr A\_\_\_\_\_ souligne à juste titre la nécessité d'une appréciation en tenant compte des cas individuels du point de vue concret, il est à déplorer qu'il n'ait jamais ausculté et rencontré l'expertisée, ce qui

est le seul moyen de comprendre le travail réellement effectué et de ne pas surestimer l'importance des facteurs prédisposant individuels.

7.7. Pour l'ensemble des assurées, l'experte conclut que le risque de contracter des TMS dans cette population d'ouvrières affectées à un travail dans la gainerie-marquinerie et exposées à des risques professionnels avérés et reconnus est au moins 2 fois, respectivement 4 fois plus élevé que celui observé dans un groupe comparable non exposé, ce d'autant que les facteurs prédisposant individuels et extra professionnels sont absents ou négligeables. Le taux de prévalence reste extrêmement élevé en 2011, alors que les conditions de travail sont meilleures par rapport aux années 2000 et précédentes, de sorte qu'il n'y a pas de raison de penser que la prévalence des TMS ait été alors inférieure. L'hétérogénéité des diagnostics posés chez l'ensemble des assurées concernées n'est pas étonnant. D'une part, chaque individu a sa gestuelle et met en œuvre une stratégie d'adaptation différente. D'autre part, tous les TMS sont localisés aux membres supérieurs, mais les assurées n'ont pas toujours exercé la même activité, ce qui explique les diverses localisations.

7.8. En guise de remarques et propositions finales, l'experte relève que l'assurée a participé à la visite de l'entreprise et qu'il s'avère que, mis à part la réduction du personnel (50 au lieu de 200 dans les années 2000) et l'automatisation de certains procédés depuis 2005, le travail de gainerie est similaire dans sa gestuelle mais, selon les ouvrières en poste les plus anciennes, le rythme de travail est moins soutenu.

L'experte relève par ailleurs dans la partie consacrée à l'ensemble des assurées que, dans les années 2000, seules des femmes occupaient les postes de gainerie, alors que des hommes y sont désormais affectés. Or, sur 8 hommes présents, 4 présentaient des douleurs au coude/main/poignet, soit 50% de l'effectif masculin. Sur 36 employés, les 9 personnes qui ne présentaient pas de symptômes étaient 6 apprentis ou stagiaires, en moyenne âgés de 29 ans et en poste depuis 19 mois et 3 hommes en moyenne âgés de 46 ans et en poste depuis 7 ans, affectés au collage et à la découpe. Le 75% des travailleurs symptomatiques avaient en moyenne 46 ans et 16 ans d'ancienneté, de sorte que le facteur ancienneté est statistiquement significatif, au contraire de l'âge et du sexe féminin. Dans le cas des assurées, quelques facteurs de risque psychosociaux liés au travail ont été relevés, tels que le manque d'autonomie, l'intensification de la charge de travail et le manque de reconnaissance du travail effectué, contrebalancé par le plaisir du travail, mais les facteurs de risque professionnels liés à l'activité de gainerie sont importants et la cause prépondérante et nettement prépondérante des TMS.

8. La Cour considère ainsi que l'expertise judiciaire doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Le rapport se fonde sur l'examen médical de l'assurée et une anamnèse précise, il est établi en pleine connaissance de l'ensemble du dossier, les

questions litigieuses importantes ont fait l'objet d'une étude fouillée, du point de vue ergonomique et de celui de la prévalence. Enfin, les conclusions de l'experte sont bien motivées, claires et étayées par la littérature scientifique la plus récente.

L'intimée met en cause la valeur probante de l'expertise sur plusieurs points, en se fondant sur les avis du Dr W\_\_\_\_\_, en particulier celui du 24 mai 2012, qui reprend pour partie l'appréciation du Dr A\_\_\_\_\_.

8.1. Il faut d'abord relever que l'analyse ergonomique de l'expertise, détaillée et illustrée par des photographies des ouvrières en poste et un film des mouvements et gestuelles des assurées, n'est pas remise en cause. Il s'avère d'ailleurs que les constatations faites rejoignent celles de l'institut ERGORAMA et que la comparaison des gestes montrés par les assurées avec ceux examinés sur place lors de l'expertise démontre que l'activité est restée semblable, voire même que les conditions de travail en 2011 sont meilleures que dans les années 2000 et antérieures. Ainsi, la description faite de l'activité par le Dr P\_\_\_\_\_ en 2003 minimise très largement la répétitivité, la force utilisée et les postures contraignantes. De même, la variation des activités, l'alternance des postes de travail et la répartition des activités selon les diverses étapes de fabrication entre les ouvrières alléguées par le Dr P\_\_\_\_\_ sont clairement contredites par l'anamnèse, les constatations faite par l'experte et par ERGORAMA et par les affirmations de M. V\_\_\_\_\_. Bien que l'assurée ait été affectée à trois types d'activité, elle n'a pas connu une alternance des tâches qui limiterait la répétitivité ou l'intensité de l'exposition. Bien au contraire, l'analyse détaillée faite par l'experte des diverses activités confirme le cumul des contraintes. Il est ainsi établi, et non contesté par l'intimée, que l'assurée a été soumise durant 29 ans, de 1973 à 2002, à une activité combinant le port de charges, une force de préhension importante, des mouvements précis et répétitifs, une cadence élevée et des postures extrêmes prolongées et répétées du poignet et des mains, ainsi que des positions bras tendus et surélevés, éloignés du tronc, et une combinaison de force, posture et répétitivité c'est-à-dire l'ensemble des facteurs de risques professionnels reconnus pour le SCC, l'épicondylite et la tendinite de De Quervain, ainsi qu'à une position statique assise, avec les membres en perpétuel mouvement, sans appui, la nuque en position fléchie prolongée, avec port de charge, soit les facteurs de risque pour les cervicalgies.

Dans le même sens, les constatations objectives ressortant de l'examen médical, ainsi que l'anamnèse médicale, personnelle et professionnelle établies par l'expertise ne sauraient être remises en cause sur la base des appréciations médicales "sur dossier" du Dr A\_\_\_\_\_, qui n'a jamais rencontré les assurées. On relèvera encore que les critiques de la SUVA quant aux graves lacunes de l'expertise qui ne tiendrait pas compte des pièces importantes tombe à faux, le seul document manquant étant celui que la SUVA a omis de produire et l'experte ayant expressément mentionné dans les pièces examinées pour le cas de Madame L\_\_\_\_\_, le rapport du Dr IA\_\_\_\_\_, qu'on lui reproche à tort d'ignorer.

8.2. La SUVA fait grief en premier lieu à l'expertise de ne pas expliquer le processus pathophysiologique par lequel le cumul d'effets mécaniques engendrerait un SCC. Or, l'experte a répondu de façon détaillée à cette question lors de son audition par la Cour, en expliquant le processus lésionnel et inflammatoire produit par l'hypersollicitation, sans qu'il soit besoin d'y revenir (cf. point 35 let. e en fait). Malgré ces éclaircissements, la SUVA persiste à contester les effets du cumul mécanique arguant du fait que le tableau pathophysiologique est toujours le même, y compris chez des patients souffrants de SCC sans avoir été soumis à une activité professionnelle astreignante. D'une part, l'existence de pathologies similaires sans exposition professionnelle n'enlève rien à la pertinence de l'explication quant à la relation de cause à effet entre celle-ci et la pathologie évoquée, compte tenu de l'hypersollicitation avérée sur une longue période. D'autre part, l'experte se fonde sur des études plus récentes, plus précises et emportant un consensus scientifique pour retenir que les TMS découlent d'hypersollicitations, et expose clairement pourquoi le score de Bradford Hill n'est pas déterminant, les autres études citées par le Dr W\_\_\_\_\_ étant soit anciennes, soit peu déterminantes, eu égard à la population observée ou aux critères d'examen limités. L'avis du Dr W\_\_\_\_\_ ne permet donc pas de remettre sérieusement en doute les conclusions de l'experte judiciaire.

Pour ce qui est de la tendinite de De Quervain, l'intimée soutient que le processus inflammatoire retenu par l'experte est faux du point de vue médical et que celle-ci ne cite pas d'étude scientifique permettant d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'une atteinte dégénérative. Au surplus, l'audition de l'experte ne permet pas de comprendre pourquoi une thèse devrait prévaloir sur l'autre. Interrogée à ce propos, l'experte a exposé clairement lors de l'audience que, tout comme pour le SCC, mais de façon moins marquée, ce sont les cellules inflammatoires qui conduisent à une fibrose, mais que le phénomène inflammatoire étant calmé lors de l'intervention chirurgicale, on ne voit alors plus que la fibrose. Surtout, l'experte a démontré que les études citées par le Dr W\_\_\_\_\_ étaient dépassées et contredites par des études plus récentes ressortant d'Up to date, condensé d'études inconnu du Dr W\_\_\_\_\_, et qui démontrent que la position extrême du poignet et des pouces adoptée implique la compression des tendons qui se trouvent dans la poulie au niveau de la styloïde. C'est donc à tort que la SUVA soutient que les explications données par l'experte ne seraient pas convaincantes et rien ne justifie de s'en écarter.

S'agissant finalement des cervicalgies, tant le Dr A\_\_\_\_\_ que le Dr W\_\_\_\_\_ soutiennent qu'il s'agit d'un trouble fréquent dans la population en général, que l'âge de 49 ans et la localisation en C5-C6 permettent de retenir une origine dégénérative à ce trouble et l'intimée relève encore que l'experte est muette quant à la critique des conclusions qu'elle tire de l'étude de Palmer. L'experte a rappelé que la littérature retient plutôt un âge typique entre 50 et 60 ans, alors que l'assurée n'avait que 46 ans lors des premiers symptômes. Elle a expliqué de façon

claire la relation entre les sollicitations particulières et les constatations objectives, en particulier l'inversion de la courbure physiologique en C5-C6 constatée en 1999 déjà et les discopathies latéralisées à droite – côté dominant. Tout comme pour les autres TMS, l'experte a démontré que les facteurs non professionnels étaient négligeables. Des affirmations générales quant à une origine dégénérative ne suffisent pas à remettre en cause ces explications. L'expert se fonde non seulement sur l'étude de Palmer (2007, note 26) mais également sur le condensé d'étude dans Up to date (2012, note 27) pour retenir que les facteurs de risque déterminés dans le cas de l'assurée étaient prépondérants pour ces troubles cervicaux. Elle expose que ces études rapportent des douleurs de la nuque et des épaules en raison de la chaîne musculaire qui va de la nuque aux bras. De plus, elle explique que les cervicalgies interviennent dans une globalité de cas de TMS, alors que les facteurs non professionnels sont minimes, de sorte que, compte tenu de ces études, par extrapolation, il faut considérer qu'elles ont une cause professionnelle. Ainsi, les avis des Drs W\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_, qui font tout simplement fi de toute l'analyse spécifique des contraintes particulières au niveau cervical de l'assurée ne remettent pas sérieusement en cause l'avis de l'experte.

8.3. L'intimée soutient en deuxième lieu que l'expertise ne démontre pas que le facteur de la durée de l'exposition serait prédominant sur celui de l'âge en particulier, ainsi que celui du sexe. Elle relève notamment que les données récoltées auprès des ouvriers actuels de l'entreprise ne sont pas fiables et sont tronquées. Cette première critique ne résiste pas à l'examen, car si l'expertise relativise en effet les diagnostics mentionnés par les ouvriers interrogés, elle relève que les symptômes sont clairement identifiés. Au demeurant, une analyse de l'âge et de l'ancienneté des ouvriers démontre que le facteur ancienneté est prédominant. Surtout, tant l'étude d'ERGORAMA que l'étude statistique de M. B\_\_\_\_\_ confirment de façon claire que l'ancienneté, donc la durée d'exposition au facteur de risque professionnel, est le facteur déterminant pour la survenance de TMS. Finalement, les études qui comparent des populations de cols bleus et de cols blancs démontrent aussi la prédominance de ce facteur, compte tenu du nombre élevé de TMS, à âge égal chez les premiers par rapport aux seconds. D'autres études relèvent une réduction des cas après un pic de SCC désormais fixé entre 40 et 55 ans, ce qui peut s'expliquer par un changement d'activité ou une retraite alors que l'âge ne va qu'en augmentant. S'agissant du sexe, l'experte explique que les femmes sont plus soumises à des activités professionnelles répétitives, ce qui est un facteur causal prépondérant, alors que les hommes exercent des tâches plus dynamiques. De plus, l'aspect hormonal, qui intervient vers 50 ans, rejoint la période suivant une longue durée d'exposition. Finalement, les femmes cumulent un travail répétitif et des tâches ménagères. L'analyse de la situation actuelle de l'entreprise, qui indique que les hommes, désormais aussi assignés aux tâches répétitives et astreignantes, souffrent aussi de TMS confirme la prédominance de la durée d'exposition sur le sexe. Sur ce point également, les conclusions de l'experte ne sont pas isolées mais

partagées par d'autres spécialistes, elles sont convaincantes et ne sont pas sérieusement remises en question par l'avis du Dr W\_\_\_\_\_.

8.4. L'intimée fait valoir en troisième lieu que le temps de latence de 29 ans entre le début de l'exposition et la survenue des TMS est incohérent. D'une part, l'experte relève que la littérature admet qu'il peut être de quelques mois à quelques années, de sorte que l'étude isolée concernant des bouchers ne remet pas en cause ces conclusions. D'autre part, l'activité de l'assurée s'est modifiée et intensifiée dès 1992, les sollicitations étant alors majeures en raison du cumul de la gestuelle répétitive des écrans et du port de poids répété en cadence et en raison de l'accroissement de la production à cette période. Or, elle a ressenti les premiers symptômes des TMS en 1998 déjà, soit 6 ans après cette modification de poste et à une période d'intensification de l'activité, d'une difficulté accrue concernant la qualité des cuirs et de la cadence. Finalement, comme le facteur de la durée d'exposition est déterminant, il n'est pas étonnant que 29 ans d'exposition expliquent les TMS. Cet aspect des conclusions de l'expertise emporte aussi la conviction de la Cour.

8.5. Finalement, l'intimée ne remet pas en cause l'expertise s'agissant de l'épicondylite, sous réserve des critiques susmentionnées qui ont été écartées. Il en va de même du taux de prévalence dans l'entreprise. Il n'y a donc pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire, selon laquelle il est donc établi que le lien de causalité entre l'activité professionnelle et le SCC est prépondérant et que celui entre l'activité professionnelle et l'épicondylite, la tendinite de De Quervain ainsi que les cervicalgies est nettement prépondérant. En conséquence, il s'agit de maladies professionnelles au sens de l'art. 9 al. 1 et 2 LAA.

9. Le recours est donc admis, la décision sur opposition du 15 mars 2010 est annulée, car il est établi que les affections dont souffre l'assurée relèvent de la maladie professionnelle. La cause est renvoyée à l'intimée afin qu'elle statue sur l'étendue des prestations dues à l'assurée au titre de la maladie professionnelle.

L'assurée, représentée par un mandataire, obtenant gain de cause, une indemnité de 4'000 fr. lui est allouée, eu égard au nombre d'écritures, à leur caractère complet et à leur pertinence, tant du point de vue de la jurisprudence que des études topiques, au nombre d'audiences et à la complexité de l'affaire.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet, annule la décision du 15 mars 2010 et renvoie la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
3. Condamne la SUVA à verser à Madame E\_\_\_\_\_ une indemnité de procédure de 4'000 fr, au titre de dépens.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Irene PONCET

Sabina MASCOTTO

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