RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1698/2005 **ATAS/1039/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 29 novembre 2005

En la cause

Madame R_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BELLON Marc	recourante

contre

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

Siégeant : Madame Isabelle DUBOIS, Présidente, Mesdames Valérie MONTANI et Karine STECK, Juges.

EN FAIT

1. Madame R_____, née en 1942, couturière-repasseuse de métier, a rédigé une déclaration d'accident LAA à l'attention de la Caisse nationale suisse en cas d'accident (ci-après SUVA) en date du 18 mai 2004, pour maladie professionnelle. Elle est en incapacité de travail depuis le 5 janvier 2004.

2. Selon le rapport médical de son médecin traitant, le Dr A_____, la recourante souffre d'une périarthrite des deux épaules sévère et ancienne; ce praticien indique qu'il y a lieu d'évaluer la notion de maladie professionnelle, la composante étant certaine. Selon l'échographie effectuée le 9 janvier 2004, et l'examen complémentaire effectué le 5 mars 2004, la recourante souffre d'une rupture complète de la coiffe des rotateurs à droite, et d'une tendinopathie à l'épaule gauche ainsi que d'une bursite aigue.

3. Sur le questionnaire qui lui a été remis par la SWICA, assureur perte de gain de l'employeur, le 3 mai 2004, le médecin traitant a répondu "oui" à la question de savoir s'il s'agit d'une maladie professionnelle, le lien de causalité avec l'activité professionnelle étant selon lui certain. En revanche, répondant au même questionnaire, le Dr B_____ a répondu à la même date à la SUVA qu'il ne s'agissait pas d'une maladie professionnelle, le lien avec l'activité professionnelle n'étant que possible.

4. Par décision du 29 septembre 2004, la SUVA considère que les troubles ne peuvent pas entrer dans le cadre d'une maladie professionnelle au sens de la loi, ni comme lésions assimilées à un accident. Pour ce motif, elle a refusé toute prestation à la recourante.

5. Suite à l'opposition du 6 octobre 2004, la SUVA a rendu une décision sur opposition le 23 février 2005, confirmant qu'une maladie professionnelle ne pouvait pas être retenue en l'espèce. Elle a relevé qu'il faut pour cela que le trouble soit dû exclusivement ou de manière prépondérante à certains travaux, c'est-à-dire que ceux-ci soient la cause du trouble à raison de plus de 50% au moins, voire de 75%. Par ailleurs, si la nature même de l'affection rend impossible la preuve de l'existence d'un lien de causalité, ce lien doit être nié. Le cas d'espèce relève de l'application de l'article 9, alinéa 2 LAA, qui n'est pas rempli ici selon ce que le Dr C_____, médecin conseil de la SUVA, a confirmé dans son rapport du 11 janvier 2005, la recourante souffrant d'une affection dégénérative d'origine multifonctionnelle.

6. Dans son recours du 21 mai 2005, la recourante conclut à l'annulation de la décision sur opposition, à la réouverture de l'instruction, à ce qu'il soit dit que le Dr C_____ ne peut être élu aux fonctions d'expert, avec suite de dépens.

La recourante expose avoir travaillé pour l'employeur X_____SA (ci-après l'employeur) depuis 1991, à raison de 8 mois par an, 8 heures par jour et 5 jours par semaine, ceci jusqu'en 1998. Durant toutes ces années, les cotisations sociales n'ont pas été payées, la recourante ayant travaillé "au noir". Dès 1999 toutefois, la recourante a été annoncée à la Caisse de compensation, mais son salaire lui a été versé en partie de main à la main durant les années qui ont suivi. Jusqu'en 2001, la recourante a continué de travailler à raison de 8 mois par an, puis dès 2002 et jusqu'à la fin de l'année 2003, elle a travaillé à plein temps pour le compte de cet employeur, c'est-à-dire toute l'année. L'activité déployée est celle de repasseuse et de couturière. Elle consacrait en principe la moitié de son temps à chacune de ces activité. Le repassage se fait au moyen de machines à repasser appelées "calendres de repassage" qui impliquent une mise sous tension permanente des épaules, les bras étant constamment tendus en avant pour manipuler le linge et la machine. De lourds bacs de linge doivent être également fréquemment soulevés et déplacés. Or, dès le mois de mai 2003, la recourante a consacré son activité exclusivement aux fonctions de repasseuse. C'est en décembre 2003 qu'elle a ressenti des douleurs dans les épaules, plus particulièrement à l'épaule droite, douleurs qui sont devenues telles au mois de janvier 2004 qu'elle a dû consulter un médecin en la personne du Dr A_____. Les examens échographiques ont été effectués à cette période. Après un court arrêt de travail jusqu'au 20 janvier 2004, la recourante a repris son activité, mais dès le 11 février 2004, elle s'est retrouvée en totale incapacité de travail. Finalement, la recourante a été licenciée au 31 décembre 2004. Ces douleurs constituent actuellement un véritable calvaire, résistant aux traitements antidouleurs, alors qu'aucune indication opératoire n'a été pour l'heure retenue. C'est finalement la SWICA qui a assuré le versement d'indemnités journalières pour perte de gain.

La recourante s'exprime par ailleurs sur deux documents au dossier. D'une part, le rapport établi par un inspecteur de la SUVA suite à un entretien avec la recourante à son domicile. Celle-ci a tut le fait qu'elle travaillait pour l'employeur depuis 1991 au motif que cette période de travail n'était pas officielle, et qu'elle craignait un licenciement. A donc été enregistré le fait qu'elle travaillait pour l'employeur depuis 2002 seulement. Elle a rectifié ultérieurement ce fait en parlant de son engagement depuis 1999, qui est la date à laquelle elle a été déclarée. D'autre part, s'agissant du rapport médical du Dr C_____, qui a retenu les mêmes diagnostics que ses médecins, la recourante conteste l'analyse du médecin conseil, car elle repose sur un état de fait erroné, puisque ce dernier ignore que l'activité professionnelle a été exercée en réalité depuis 1991, avec une augmentation de la cadence depuis 2002. Elle rappelle avoir travaillé durant 13 ans à la calendre de repassage, avoir porté pendant 13 ans des bacs de linge pouvant peser jusqu'à 20 kilos, avoir augmenté sa charge de travail dès 2002, et avoir travaillé exclusivement à la calendre de repassage dès 2003. Ainsi, la situation particulière de la recourante n'a pas été prise en compte par le médecin conseil.

7. Dans sa réponse du 16 juin 2005, la SUVA conclut au rejet du recours. Considérant que le recours n'apporte aucun élément pertinent ou nouveau, elle renvoie à sa décision sur opposition. Trois médecins se sont prononcés sur la question de l'étiologie des affections dont souffre la recourante. Le Dr B_____ a exclu l'existence d'une maladie professionnelle, avis confirmé par le Dr C_____. Seul le médecin traitant conclut à une telle maladie professionnelle, mais son avis ne peut, à lui seul, emporter la conviction.

8. Le Tribunal a ordonné la comparution personnelle des parties qui s'est tenue le 13 septembre 2005. Interpellée par le Tribunal, la SUVA a indiqué contester l'allégation de la recourante selon laquelle son activité professionnelle auprès de l'employeur avait débuté en 1991 - 1992 déjà. La recourante a indiqué souhaiter pouvoir établir ces faits par audition de témoins. Pour la SUVA, le diagnostic en lui-même excluant une maladie professionnelle, la durée de l'activité n'est pas pertinente en l'espèce. Il a été convenu d'une instruction écrite par le Tribunal auprès du Dr C_____ pour obtenir un rapport complémentaire qui tienne compte de la longue activité professionnelle et de la dureté des travaux allégués.

9. Par pli du 16 septembre 2005, le Tribunal a demandé au Dr C_____ de répondre aux deux questions suivantes :

   1. En cas d'activité ininterrompue en tant que repasseuse au sein de l'entreprise X_____, dans les conditions de travail décrites et figurant au dossier depuis 1991 - 1992, quelle serait sa réponse à la question de savoir s'il s'agit d'une maladie professionnelle?

   2. Pour déterminer si l'on est dans un cas d'application de l'article 9, al. 2 LAA, et si donc, une maladie a été causée exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle, la jurisprudence actuelle applique la règle des 75%. Cela signifie que le diagnostic posé dans le cas d'espèce doit être au minimum 4 fois plus fréquent dans une activité du type de celle exercée par la recourante que dans la population en général. Il était demandé au Dr C_____ si l'on disposait de données statistiques.

10. Dans sa réponse du 3 octobre 2005, le Dr C_____ a répondu que la réponse à la question N° 1 serait identique. Lorsque la profession est une cause prépondérante d'un trouble de la santé dans le domaine de l'appareil locomoteur, les symptômes se manifestent "plutôt rapidement que tardivement". S'agissant de la question 2, il a indiqué qu'à sa connaissance, il n'existait aucune statistique comparant la prévalence des lésions de la coiffe des rotateurs dans la population générale avec les repasseuses travaillant chez X_____ ou dans des professions équivalentes; il n'avait pas de suggestion pour obtenir de telles données. En revanche, il indiquait au Tribunal qu'au cours de la vie, sous l'effet de multiples facteurs (génétiques, anatomiques, vasculaires, âge), les tendons que constitue la coiffe des rotateurs

s'affaiblissent, et parfois, se déchirent. Dans la 6ème décennie, la prévalence des déchirures de la coiffe "asymptomatiques" varie de 20% à plus de 50% selon les méthodes d'étude utilisées. Sur le plan médical, dans une telle situation, il est donc impossible d'attribuer un rôle prépondérant à la profession dans la genèse de ces déchirures.

11. Par ordonnance du 12 octobre 2005, la réponse du Dr C_____ a été transmise aux parties, et un délai a été fixé au 4 novembre 2005 pour détermination, après quoi, la cause serait gardée à juger.

12. Par écriture du 3 novembre 2005, la SUVA a confirmé ses conclusions en rejet du recours, vu le contenu du rapport du Dr C_____.

13. Par pli du 4 novembre 2005, la recourante indique persister dans ses conclusions. Il convient, dans le cas d'espèce, de s'affranchir de toute statistique, vu leur absence, et d'admettre que les conditions de l'article 9, al. 2 LAA sont matériellement remplies. Elle rappelle, en effet, que l'augmentation de cadence du travail et le fait qu'elle a développé une activité uniquement de repasseuse date de 2002, respectivement 2003, de sorte qu'il ne s'est écoulé que 8 mois entre cette augmentation quantitative de travail et le déclenchement de l'incapacité de travail, ce qui correspond à un court délai tel que mentionné par le Dr C_____. Elle s'étonne par ailleurs que le Dr C_____ ne mentionne pas l'activité professionnelle dans les facteurs multiples qui sont à l'origine des affections des tendons, et constate que le Dr C_____ ne se détermine pas sur son cas particulier.

14. Après communication de ces écritures aux parties le 8 novembre 2005, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article

56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce, dès lors que l'incapacité de travail a débuté en 2004.

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA; 106 LAA).

5. Le cas d'espèce est circonscrit à la question de savoir si les affections dont souffre la recourante doivent être prises en charge par la SUVA au titre de maladie professionnelle selon l'article 9, al. 2 LAA. En effet, le diagnostic n'est pas contesté, ni le fait qu'il ne s'agit pas d'un accident au sens des articles 7 et 8 LAA, ni d'une maladie professionnelle au sens de l'article 9, al. 1 LAA, relative à des substances nocives ou à certains travaux (énumérés à l'annexe 1).

   L'article 9, al. 2 LAA est ainsi rédigé : "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".

   La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances applique actuellement la règle dite "des 75%": 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).

Il faut rappeler également que 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, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème 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).

Par ailleurs, dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous le moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut 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.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). 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).

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 noué, puisqu'il est lié par un contrat de mandat (cf. ATF 125 V 351).

6. En l'espèce, on peut relever les éléments suivants:

- aucune statistique n'existe s'agissant de la fréquence de rupture de la coiffe des rotateurs dans le métier de la recourante par rapport à la fréquence de cette affection dans la population en général

- deux médecins se sont prononcés en défaveur d'une maladie professionnelle; seul le médecin traitant considère qu'une telle maladie est présente.

- le rapport du Dr C_____ a été complété à la lumière de la longue pratique professionnelle de la recourante en qualité de repasseuse, élément qui était de nature à modifier l'avis du médecin conseil, mais ne l'a finalement pas modifiée.

- la preuve de ce que l'activité professionnelle de la recourante est à l'origine, de façon prépondérante, de son affection actuelle n'a pas été rapportée et ne peut l'être, car la rupture de la coiffe des rotateurs peut avoir une origine multifactorielle.

Il n'existe pas, en l'occurrence, de circonstances propres à ébranler la crédibilité des constatations et conclusions du docteur Gonseth dont le rapport remplit au demeurant toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder pleine valeur probante. A noter que celui-ci n'exclut pas que la profession de la recourante ait participé à la survenance de son affection, mais indique simplement qu'au vu des divers facteurs déclenchants et de l'absence de chiffres statistiques la preuve de la prépondérance du facteur professionnel n'est pas rapportée.

En fonction des éléments susmentionnés, le Tribunal ne peut donc qu'exclure la prise en charge de cette affection dans le cas d'espèce par la SUVA au titre de maladie professionnelle.

Par conséquent, le recours sera rejeté.

* * * * *

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

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

Le greffier	La Présidente :
Pierre RIES	Isabelle DUBOIS

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