RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1915/2004 **ATAS/5/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 9 janvier 2006

En la cause

Monsieur S_____, comparant par Me Jean-Bernard WAEBER en l'étude duquel il élit domicile	recourant

contre

SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Fluhmattstrasse 1, Lucerne	intimée

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

EN FAIT

1. M. S_____, né le 21 décembre 1951, employé comme staffeur depuis le 1er mars 1997 par l'entreprise _____, à Vernier, a été en incapacité de travail depuis le 22 mars 2003 à 17 heures, attestée par le Dr L_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, le 24 avril 2003, jour de la consultation de l'assuré en raison de douleurs à l'épaule et au genou gauches ainsi qu'au pouce gauche.

2. Le 28 avril 2003, l'employeur a déclaré l'arrêt de travail de l'assuré à la CMBB, assureur-maladie (ci-après la CMBB) laquelle lui a signalé que l'affection dont souffrait l'assuré pouvait être assimilée à une maladie professionnelle du ressort de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA).

3. Le 1er mai 2003, le Dr L_____ a pratiqué une arthroscopie du genou gauche de l'assuré en raison d'une déchirure dégénérative du ménisque interne, lésion chondrale grade 3-5 condyle interne.

4. Le 4 juin 2003, l'employeur a annoncé le cas à la SUVA.

5. Le 4 juin 2004, le Dr L_____ a attesté que l'assuré était en incapacité de travail totale depuis le 23 avril 2003 et le 30 juin 2003 il a précisé que l'arrêt de travail était prolongé jusqu'au 31 août 2003 en tous les cas.

6. Le 5 juillet 2003, l'assuré a informé la SUVA à la demande de celle-ci qu'il ne s'agissait pas d'un accident mais de douleurs au genou gauche se manifestant depuis plusieurs mois.

7. Le Dr L_____ a attesté dans un formulaire de rapport médical LAA envoyé le 12 juin 2003 par la SUVA que l'assuré souffrait de douleurs au genou gauche et à l'épaule gauche, et d'une dégénérescence (illisible) cartilage + SLAP de l'épaule.

8. Il ressort d'un rapport d'entretien avec l'assuré du 2 septembre 2003 que celui-ci travaillait comme staffeur depuis le 1er mars 1997 à raison de 41 heures par semaine. Cette activité, qui consistait à faire des faux plafonds et des ornements décoratifs, exigeait de conserver les bras en l'air et la tête penchée en arrière en permanence. Les douleurs au genou gauche étaient survenues sans cause particulière et avaient augmenté après un travail de quatre jours requérant souvent une position à genoux. Les douleurs à l'épaule gauche étaient également intervenues sans cause particulière mais suite à l'activité professionnelle et étaient devenues très importantes. Il n'arrivait pas à monter son bras plus haut que 90°. Quant aux douleurs au pouce gauche, elles étaient apparues de nombreuses années auparavant et avaient déjà occasionné un arrêt de travail d'un mois et demi en 2002/2003. Il avait consulté le Dr L_____ le 24 avril 2003 en raison de ces

trois genres de douleurs. L'ablation des broches au pouce gauche avait eu lieu le 1er septembre 2003.

9. Par décision du 2 février 2004, la SUVA a nié à l'assuré tout droit à des prestations.

10. Le 17 février 2004, la CMBB s'est opposée à la décision précitée. Elle a ensuite retiré son opposition le 31 mars 2004.

11. Le 26 février 2004, l'assuré s'est également opposé à cette décision en relevant que les douleurs à l'épaule et au pouce gauches étaient en relation avec son activité professionnelle.

12. Le 3 mars 2004, le Dr L_____ a attesté qu'il avait traité l'assuré du 24 avril 2003 au 1er mars 2004. L'évolution était lentement favorable. Compte tenu du lourd métier de staffeur, il lui semblait que les pathologies du patient (épaule et pouce) pourraient être considérées comme maladie professionnelle.

13. Le 15 mars 2004, le Dr L_____ a attesté que l'assuré était en incapacité de travail totale depuis le 23 avril 2003.

14. Le 2 juin 2004, le Dr O_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu une appréciation médicale. La lésion de SLAP II de l'épaule gauche et l'arthrose trapézo-métacarpienne du pouce gauche ne faisaient pas partie de la liste des maladies professionnelles. Par ailleurs, chez l'assuré, la lésion de l'épaule était dégénérative et d'origine multifonctionnelle et ne pouvait donc pas être attribuée de manière prépondérante à la profession. Quant à celle du pouce, elle était également dégénérative. Il ne s'agissait donc pas d'une maladie professionnelle.

15. Le 15 juin 2004, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré en se fondant sur l'appréciation du Dr O_____ et en relevant que la CMBB partageait l'avis de la SUVA. Par ailleurs, le Dr L_____ s'était limité à attester qu'il lui semblait que les lésions pourraient être prises en charge dans le cadre de la maladie professionnelle.

16. Le 13 septembre 2004, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. L'activité de staffeur était extrêmement pénible et les cas d'arthrose à l'épaule étaient très fréquents chez les ouvriers de plus de 40 ans. Il soulevait chaque jour des charges considérables et travaillait les bras levés en permanence. Il produisait une série d'extraits d'études scientifiques permettant d'établir le lien entre le type d'activité exercé par lui-même et ses affections. Il demandait que M. A_____, secrétaire syndical au Syndicat Industrie & Bâtiment (SIB) à Genève soit entendu. L'instruction menée par la SUVA était insuffisante et une expertise médicale confiée à un médecin spécialiste en médecine du travail devait être ordonnée.

17. Le 30 novembre 2004, la SUVA a conclu au rejet du recours en relevant que les lésions étaient d'origine dégénérative et ne pouvaient dès lors être considérées comme maladie professionnelle. Les articles cités ne permettaient pas de conclure que dans le cas concret, les troubles constatés relevaient d'une maladie professionnelle. Une expertise était inutile et superflue.

18. A la demande du Tribunal de céans, le Dr L_____ a précisé, le 15 décembre 2004, qu'un SLAP II signifiait « Supérieur Labrum Antéro Postérieur ». Il y avait quatre grades de ce genre de lésion. Si le SLAP I était en général dégénératif, les II, III et IV étaient traumatiques, suite à des chutes, traction sur le bras. Chez des sportifs de haut niveau, la succession de micro-traumatismes en était la cause mais pas chez son patient qui avait effectué un travail extrêmement difficile toute sa vie. Dans ce cas, on pourrait le lier à une maladie professionnelle. Il n'y avait pas de lien direct entre les affections de l'épaule et de la main gauche.

19. Le 26 avril 2005, le Tribunal de céans a confié un mandat d'expertise conjointement au professeur M_____, chef de service en rhumatologie au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et au Dr N_____, médecin-chef à l'institut romand de santé au travail. Il a considéré qu'à la suite de l'avis du Dr L_____ et de la doctrine médicale versée au dossier, des investigations complémentaires étaient nécessaires afin de déterminer l'existence ou non d'une relation causale nettement prépondérante, voire exclusive entre les lésions à l'épaule et au pouce de l'assuré et son activité de staffeur.

20. Le 6 octobre 2005, les Drs M_____ et N_____ ont rendu leur rapport d'expertise. Ils relèvent tout d'abord que dans la littérature médicale, tant en rhumatologie qu'en médecine du travail, ils n'ont pas trouvé d'étude correspondant spécifiquement à la profession de staffeur. La profession qui s'apparente le plus à cette dernière est celle de peintre en bâtiment pour laquelle différents travaux ont été publiés. Un aspect du travail des peintres en bâtiment qui est fréquemment mentionné est le fait de devoir travailler les bras surélevés. Sans être exhaustifs, ils relèvent que plusieurs études mentionnent une prévalence augmentée de douleurs des épaules suite à des positions statiques de cette nature. L'ont peut certainement retenir que la profession que l'assuré a exercée a joué un rôle dans l'apparition des douleurs de l'épaule et qu'un lien peut être fait avec l'exercice de l'activité professionnelle exercé par ce dernier. Il y a une controverse quant à savoir si les lésions du type SLAP II sont liées à l'activité professionnelle. Parmi les publications étudiées, les lésions de SLAP III et IV (lésions plus avancées avec déchirure du labrum) sont liées à des activités sportives de haut niveau ou des professions qui exigent un travail avec les bras surélevés. Pour les lésions classifiées type II, il se peut que ces lésions soient retrouvées sans répercussion clinique ou que ces lésions soient associées à la présence de troubles dégénératifs préexistants de l'épaule comme l'arthrose gléno-humérale ou une tendinite de la coiffe des rotateurs. Dans l'étude de *Kim TK et al.,* les lésions de type II démontrent

des associations différentes selon l'âge du patient. Pour les patients plus âgés (40 ans et plus), l'association avec des pathologies gléno-humérales est plus nette, mais pour les patients de moins de 40 ans, on observe une association avec la présence d'une lésion bankart. Cette lésion signifie une déchirure du labrum antérieur de la glène. Dans la littérature, il n'existe pas de lien bien établi entre une lésion SLAP II et un travail professionnel spécifique. Pour affirmer un lien de plus de 75 %, comme cela a été rappelé dans les considérants de l'ordonnance d'expertise, il est nécessaire de fonder son appréciation sur des études épidémiologiques montrant que le type de pathologie présentée par le patient est décrit comme étant quatre fois plus fréquent (risque relatif de $\geq$ 4) dans son métier par rapport à un métier n'exposant pas au même danger. Or, non seulement de telles études correspondant spécifiquement au métier de l'assuré n'existent pas, mais encore les travaux faits chez les peintres montrent un risque relatif de l'ordre de deux à trois, ce qui est nettement significatif sur le plan épidémiologique mais insuffisant si l'on considère les exigences de reconnaissance assécurologique. Cliniquement, on doit retenir également que la pathologie qu'il présente relève de mécanismes multifactoriels : le métier exercé, l'âge, la constitution et notamment la tendance à développer de l'arthrose. Cette pathologie touche d'ailleurs différentes articulations du patient (colonne cervicale et lombaire, pouces, épaules). Des facteurs psychosociaux sont fréquemment décrits dans la pathologie des troubles musculo-squelettiques mais il est difficile de dire s'ils entrent également en jeu dans le cas de l'assuré. En conséquence, ils n'estiment pas que la probabilité de 75 % est atteinte dans ce cas.

S'agissant de la pathologie du pouce gauche ils relèvent que la rhizarthrose dont l'assuré souffre est multifonctionnelle, en particulier liée à la tendance que certaines personnes peuvent avoir à développer de l'arthrose. Dans le domaine de la construction en général, ce phénomène a été décrit, mais plutôt comme un vieillissement précoce des articulations. Ils considèrent donc que la probabilité de 75 % qui signifierait une fréquence quatre fois plus élevée de rhizarthrose dans ce corps de métier n'est pas remplie dans ce cas.

La présence d'une tendinite de la coiffe des rotateurs ainsi que le status actuel du patient leur fait conclure que l'assuré n'est plus en mesure d'exercer l'activité de staffeur. Selon les documents à leur disposition, ils considèrent que cette incapacité remonte au 23 avril 2003.

L'assuré pourrait probablement exercer une activité de type sédentaire limitant la sollicitation des membres supérieurs et le port de charges. Il faut toutefois relever que l'arrêt de travail remonte maintenant à deux ans, ce qui rend d'autant plus difficile les chances d'une reprise professionnelle. On ne doit pas non plus négliger le fait que les troubles musculosqueletiques sont une pathologie liée au travail mais pour lesquelles, en l'état actuel de la législation, l'assurance LAA offre rarement une prise en charge. Cela a souvent pour conséquence une incompréhension de la

part des patients concernés dont les conséquences psychologiques sur la capacité de travail peuvent être importantes.

Ils estiment qu'il conviendrait de réexaminer comment le patient pourrait bénéficier d'un programme de rééducation fonctionnel.

21. Le 27 octobre 2005, la SUVA a conclu au rejet du recours sur la base de l'expertise.

22. Le 15 décembre 2005, le recourant a relevé que l'expertise admettait qu'un lien pouvait être fait entre son activité professionnelle antérieure et ses affections mais qu'on ne pouvait établir une causalité prépondérante et il s'en est rapporté à l'appréciation du Tribunal de céans quant à la nécessité d'effectuer des investigations complémentaires.

23. Sur quoi 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.

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

2. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 60 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 – LPGA et 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ).

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1), la LPGA est applicable au cas d'espèce.

4. Selon l'art. 9 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA), sont réputées maladies professionnelles, les maladies (art. 3 LPGA) dues exclusivement ou de manière prépondérante – dans l'exercice de l'activité professionnelle – à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral a dressé en annexe I de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre

1982 (OLAA), la liste – exhaustive (RAMA 1998 n° U 61 p. 449) – des affections dues au travail. En tant que les lésions dont souffre le recourant ne font pas partie de cette liste, le présent cas relève de l'art. 9 al. 2 LAA.

Aux termes de l'art. 9 al. 2 LAA, sont aussi réputées maladies professionnelles (selon la clause dite générale) 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. Cette clause générale 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). Selon la jurisprudence, l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante est réalisée lorsque la maladie professionnelle résulte à 75 % au moins de l'activité professionnelle (ATF 126 V 186 consid. 2b, 119 V 201 consid. 2b). En d'autres termes, il faut que les cas d'atteintes pour un groupe professionnel déterminé soient quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général (ATF 116 V 143 consid. 5c ; RAMA 2000 n° U 408 p. 407).

L'art. 9 al. 3 LAA prévoit que 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 (art. 6 LPGA).

5. A plusieurs reprises, le Tribunal fédéral des assurances a examiné la question de savoir si l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante au sens de l'art. 9 al. 2 LAA est à apprécier principalement sur le vu des bases épidémiologiques médicalement reconnues ou si, au contraire, ce sont les circonstances particulières de l'occupation professionnelle qui doivent prévaloir. Il y a répondu, notamment, dans l'arrêt B. du 3 août 2000 (ATF 126 V 183) et dans l'arrêt A. du 22 septembre 2000 (RAMA 2000 no U 408 p. 407). Ainsi, en médecine, la relation de cause à effet ne peut que rarement être tirée ou déduite à la manière d'une science mathématique. Compte tenu du caractère empirique de la médecine, lorsqu'une preuve directe ne peut être apportée à propos d'un état de fait médical, il est bien plutôt nécessaire de procéder à des comparaisons avec d'autres cas d'atteinte à la santé, soit par une méthode inductive ou par l'administration de la preuve selon ce mode. Dans ce cadre, la question de savoir si et dans quelle mesure la médecine peut, au regard de l'état des connaissances dans le domaine particulier, donner ou non d'une manière générale des informations sur l'origine d'une affection médicale joue un rôle décisif dans l'admission de la preuve dans un cas concret. S'il apparaît comme un fait démontré par la science médicale qu'en raison de la nature d'une affection particulière, il n'est pas possible de prouver que celle-ci est due à l'exercice d'une activité professionnelle, il est hors de question d'apporter la preuve, dans un cas concret, de la causalité qualifiée. Selon la jurisprudence, dans la mesure

où la preuve d'une relation de causalité qualifiée selon l'expérience médicale ne peut pas être apportée de manière générale, l'admission de celle-ci dans le cas particulier est exclue. En revanche, si les connaissances médicales générales sont compatibles avec l'exigence légale d'une relation causale nettement prépondérante, voire exclusive entre une affection et une activité professionnelle déterminée, subsiste alors un champ pour des investigations complémentaires en vue d'établir, dans le cas particulier, l'existence de cette causalité qualifiée (ATF 126 V 189 sv. consid. 4c et les références ; ATFA du 20 mars 2003 cause U 381/2001).

6. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Bâle 2000 p. 268).

   En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise 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 352 consid. 3b/aa et les références).

7. En l'espèce, le Tribunal de céans a estimé que des investigations complémentaires étaient nécessaires et ordonné en conséquence une expertise, laquelle répond aux

critères jurisprudentiels pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante. Il ressort clairement de cette expertise que tant la lésion à l'épaule gauche que celle au pouce gauche du recourant ne surviennent pas quatre fois plus fréquemment chez les staffeurs (assimilés aux peintres en bâtiment par les experts) que dans la population en général, bien que les experts reconnaissent une probabilité plus importante de survenance de ces affections chez les peintres en bâtiment.

8. Au vu de ces conclusions, il y a lieu de constater que la preuve d'une relation de causalité qualifiée entre l'activité professionnelle du recourant et les affections dont il souffre n'a pas été rapportée.

   En conséquence, le recours ne peut qu'être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

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

La greffière :	La Présidente :
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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