

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/625/2004

ATAS/588/2004

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

6^{ème} Chambre

du 19 juillet 2004

En la cause

Madame F_____

recourante

contre

AXA ASSURANCES, comparant par Me Pierre GABUS en l'étude
duquel elle élit domicile

intimée

**Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Doris WANGELER et
Juliana BALDE, Juges.**

EN FAIT

1. Mme F_____, née le mars 1966, est employée depuis le 1^{er} février 1991 par la pharmacie du X_____ (raison sociale : X_____ Sàrl) comme préparatrice en pharmacie et assurée à ce titre contre les accidents auprès de AXA, compagnie d'assurances (ci-après : l'assureur).
2. Le 19 août 2002, l'assurée a rempli une déclaration d'accident LAA en mentionnant une suspicion de tuberculose contractée avec un client tuberculeux fin juin – début juillet 2001.
3. Le 19 août 2002, la pharmacie du X_____ a précisé à l'assureur que le test tuberculinique de Mme F_____ à la suite du contact avec un client ayant développé une tuberculose infectieuse avait été clairement positif. L'assurée avait dû suivre un traitement antituberculeux pendant six mois. Etaient jointes quatre factures de l'établissement hospitalier au montant de fr. 136,20 et deux factures de la pharmacie du X_____ de respectivement fr. 47,65 et fr. 36,20.
4. Le rapport médical initial LAA du 24 juin 2003 signé par la division de pneumologie et Centre antituberculeux de l'établissement hospitalier indique que le diagnostic est celui de « MA2U : 13mm » et le traitement ordonné de la « chimiprophyllasie Rimifon 300 mg + Vit B 40 mg ». Le traitement était terminé le 15 février 2002.
5. Le 4 novembre 2003, l'assureur a informé l'assurée que les conditions d'une maladie professionnelle n'étaient pas remplies. En conséquence, les frais médicaux étaient à présenter à l'assureur-maladie.
6. Par décision formelle du 14 janvier 2004, l'assureur a confirmé son point de vue en précisant que l'environnement et l'activité professionnels n'étaient pas suffisamment déterminants pour admettre un lien de causalité prépondérant entre l'affection médicale de juin 2001 et une maladie professionnelle.
7. Le 31 janvier 2004, l'assurée s'est opposée à cette décision en relevant qu'elle était en contact journalier avec des malades, notamment des tuberculeux. Les prestations LAA étaient versées pour le SRAS lorsqu'il s'agissait de l'infection d'un collaborateur travaillant dans des hôpitaux ou des institutions similaires telles que les pharmacies.
8. Le 15 mars 2004, l'assureur a rejeté l'opposition. La contamination occasionnée lors de travaux dans des hôpitaux, laboratoires ou autres supposait que le collaborateur soit en contact direct et permanent avec l'agent infectieux, ce qui n'était pas le cas dans une pharmacie où le contact avec un virus était plus intermittent.

9. Le 26 mars 2004, l'assurée a recouru au Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) à l'encontre de la décision précitée.

Un client à qui il était administré journallement de la Méthadone avait développé une tuberculose infectieuse, ce qu'elle ignorait. Seuls trois employés de la pharmacie sur vingt servaient ce genre de patient, dont elle-même. Le médecin de ce client avait demandé à ce que les employés de la pharmacie en contact avec son patient effectuent le test tuberculique. Sur les trois personnes testées, seule elle-même avait répondu positivement.

10. Le 14 juin 2004, l'assureur a conclu au rejet du recours.

L'activité de la recourante n'était pas exercée dans un hôpital, laboratoire ou établissement analogue comme l'exigeait la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA) car dans une pharmacie le contact avec des agents infectieux était occasionnel et ne présentait pas, comme dans les lieux précités, un risque élevé de contamination.

En outre, la causalité était établie si l'activité professionnelle représentait plus de 50 % des risques de contracter la maladie, ce qui n'était pas le cas.

Si l'art. 9 al. 2 de LAA était applicable, la recourante devrait prouver qu'elle était quatre fois plus touchée que l'ensemble de la population par la maladie. Le risque de contamination de la tuberculose n'était donc pas un risque typique lié à l'activité dans une pharmacie, même si les probabilités d'être en contact avec une personne malade étaient plus élevées. Ce risque n'était pas quatre fois plus important dans une pharmacie.

Enfin, dans la mesure où les frais médicaux avaient été pris en charge par l'employeur, il était douteux que la recourante ait la qualité pour recourir. Par ailleurs, son recours était irrecevable faute de conclusions.

EN DROIT

1. a) 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 (art. 1 let. r LOJ).

Dans un arrêt du 30 mars 2004, cependant, le Tribunal administratif (ci-après TA) a constaté d'office la nullité de l'art. 1 let. r LOJ, considérant que le TCAS avait été créé en violation de l'art. 131 de la Constitution genevoise - Cst GE -.

- b) Force est de constater que cette conclusion ne saurait lier le tribunal de céans, aux motifs suivants :

- elle ne figure pas dans le dispositif de l'arrêt. Or, seul le dispositif d'un jugement peut acquérir l'autorité de la chose jugée, et non ses motifs. L'autorité de la chose jugée ne s'étend à ceux-ci que dans la mesure où le dispositif y renvoie expressément et où ils se rapportent à la question litigieuse (ATF 96 I 295 ; Knapp, Précis de droit administratif, 4^{ème} édition, 1991, p. 248 ss ; Habscheid, droit judiciaire privé suisse, 1981 p. 313 et ss.).
 - l'autorité de la chose jugée ne vaut quoi qu'il en soit que pour les moyens que le tribunal pouvait examiner (cf. Knapp, op. cit. p. 251). Or, il apparaît en l'espèce douteux que le TA devait, et même pouvait, à l'occasion d'un recours interjeté pour violation des droits politiques contre un arrêté du Conseil d'Etat fixant la date de l'élection des juges assesseurs au TCAS, contrôler la constitutionnalité de la loi instituant cette juridiction.
 - une loi inconstitutionnelle ne saurait être déclarée nulle. Seul, l'acte pris en application de celle-ci est annulable (cf. Jean-François Aubert, Bundesstaatsrecht der Schweiz, vol. I, 1991, p. 178, note 430). Il convient au surplus de relever qu'un tribunal se doit en règle générale d'agir avec retenue, plus particulièrement lorsque les conséquences de l'annulation bouleverseraient tout un régime juridique (ATF 112 Ia 313). Tel est manifestement le cas ici, dès lors que le considérant topique de l'arrêt du TA revient à nier l'existence d'une juridiction qui fonctionne depuis le 1^{er} août 2003 déjà, et dont les juges titulaires, ainsi que les juges suppléants, ont été régulièrement élus.
- c) Le TCAS examine d'office sa compétence ; vu l'arrêt du TA du 30 mars 2004 niant jusqu'à son existence, il a également à vérifier la conformité à l'art. 131 Cst GE de la loi l'instituant.

Le TCAS est une juridiction administrative spéciale, en ce sens qu'elle traite du domaine particulier des assurances sociales. Il y a lieu de rappeler que selon l'art. 57 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales -LPGA-, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, chaque canton institue un tribunal des assurances, qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales. Cette disposition légale fédérale oblige les cantons à regrouper tout le contentieux des assurances sociales sous le même toit, contentieux jusque là réparti à Genève entre diverses commissions cantonales de recours et le TA. C'est ainsi pour répondre à l'exigence posée par la loi fédérale que le législateur genevois a créé le TCAS.

Selon l'art. 131 al. 1 Cst GE, « La loi établit des tribunaux permanents pour juger toutes les causes civiles et pénales ; elle en règle le nombre, l'organisation, la juridiction et la compétence ». Lors de la création du TA en 1971, la disposition constitutionnelle a été complétée par un alinéa 2, libellé comme suit : «Un tribunal

administratif est institué pour statuer sur les recours de droit administratif dans les cas où la loi le prévoit ».

La Constitution s'interprète selon les mêmes principes que les lois ordinaires. Les règles d'interprétation permettant au juge de dégager le sens d'une disposition sont connues : ce dernier peut recourir à une interprétation littérale, historique, téléologique ou systématique de la norme. Le juge devra partir prioritairement du texte clair de la loi. Le TA, dans son arrêt du 30 mars 2004, a considéré que le texte de l'art. 131 al. 2 Cst GE ne laissait pas de place pour d'autres tribunaux statuant sur les recours de droit administratif ; il a interprété « un tribunal » comme signifiant « un seul tribunal ». Or, l'art. 131 al. 2 Cst GE précise que ce tribunal administratif est institué « dans les cas où la loi le prévoit ». C'est dire que nécessairement le reste du contentieux administratif relève d'autres juridictions. Ainsi l'interprétation littérale permet à elle seule de conclure que le terme « un » doit être qualifié, grammaticalement, d'article indéterminé.

Une telle analyse est du reste confirmée par les interprétations historique et téléologique. Il résulte des travaux préparatoires (Mémorial du Grand Conseil – MGC - 1970, p. 554 ss.) que le législateur en 1970 entendait créer, aux côtés des juridictions civiles et pénales existantes prévues à l'art. 131 al. 1 Cst GE, un tribunal administratif indépendant du pouvoir exécutif. Ce tribunal était destiné à remplacer les autres autorités – Conseil d'Etat, commissions de recours, etc... qui avaient à connaître des recours contre les décisions des départements. Il n'était cependant pas question que ce remplacement soit général, raison pour laquelle ce tribunal s'était vu doté de compétences d'attribution. Il était évident que certaines commissions spéciales devaient subsister, notamment en raison de leur composition particulière (composition paritaire, experts...). Selon le Mémorial du Grand Conseil, p. 557, « dans le système envisagé, le TA, le Conseil d'Etat et les commissions spécialisées dont le maintien aura été décidé, constitueront autant de juridictions administratives distinctes et indépendantes, entre lesquelles se répartiront les compétences ».

Dès le 1^{er} janvier 2000, le TA a été mis au bénéfice d'une clause générale de compétence. Il est ainsi devenu la juridiction administrative supérieure de droit commun (art. 56 A LOJ). A nouveau, le maintien des commissions de recours spéciales a été expressément réaffirmé (MGC 1997, p. 9430). La constitutionnalité de ces juridictions n'a de plus jamais été remise en cause, ni par le TF ni par le TFA. On ne voit pas dans ces conditions ce qui aurait empêché le législateur, quelques années plus tard, de confier la compétence en matière d'assurances sociales, jusque là dévolues à ces commissions de recours, à une juridiction administrative spéciale, le TCAS en l'occurrence.

Si l'on devait suivre l'interprétation du TA dans son arrêt du 30 mars 2004, non seulement le TCAS, mais également toutes les autres commissions de recours

spéciales, y compris celles rattachées au TA lui-même seraient inconstitutionnels. Tel n'a manifestement pas été le but visé par le législateur.

Au vu de ce qui précède, la création du TCAS en application de la LPGA est conforme à la Constitution genevoise.

L'élection des juges assesseurs ayant par ailleurs été annulée par le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 27 janvier 2004, le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février 2004, une disposition transitoire permettant au TCAS de siéger sans assesseur à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux assesseurs.

2. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ et 60 LPGA). A cet égard, le TCAS constate que le recours du 26 mars 2004 par lequel la recourante s'oppose clairement à la décision sur opposition du 15 mars 2004 en relevant que, dans un cas similaire, l'assureur-accident prend en charge l'ensemble des frais médicaux, contient des conclusions suffisantes au sens de l'art. 61 let. b LPGA. Si tel n'avait pas été le cas le TCAS aurait dû impartir à la recourante un délai pour y remédier en application de ce même article.

Par ailleurs, la recourante, à qui les factures médicales en cause ont été adressées, a qualité pour recourir à l'encontre de la décision de refus de prise en charge de l'assureur dès lors qu'elle a un intérêt digne d'être protégé à ce que cette décision soit annulée au sens de l'art. 59 LPGA. En effet, le fait que l'employeur se serait acquitté desdites factures ne prouve pas encore que la recourante ne subit aucun dommage du fait du refus de prise en charge du cas, notamment en cas de demande de remboursement de l'employeur.

3. a) Selon l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent. Se fondant sur cette délégation de compétence, ainsi que sur l'art. 14 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), le Conseil fédéral a dressé à l'annexe I de l'OLAA la liste des substances nocives, d'une part, et la liste de certaines affections, ainsi que des travaux qui les provoquent, d'autre part. Sont ainsi réputées affections dues à certains travaux les maladies infectieuses dues à des travaux dans des hôpitaux, des laboratoires, des instituts de recherches et établissements analogues (ch. 2 let. b de l'annexe I de l'OLAA).

Selon la jurisprudence, l'exigence d'une relation prépondérante est réalisée lorsque la maladie est due pour plus de 50 % à l'action d'une substance nocive mentionnée dans la première liste, ou que, dans la mesure où elle figure parmi les affections

énumérées dans la seconde liste, elle a été causée à raison de plus de 50 % par les travaux indiqués en regard. En revanche, l'exigence d'une relation exclusive signifie que la maladie professionnelle est due pratiquement à 100 % à l'action de la substance nocive ou du travail indiqué (ATF 119 V 200 consid. 2a et la référence ; RAMA 2000 n° U 398 p. 333 et sv consid. 3).

b) Aux termes de l'art. 9 al. 2 LAA, sont réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle. D'après la jurisprudence, l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante est remplie lorsque la maladie est due pour 75 % au moins à l'exercice d'une telle activité (ATF 126 V 186 consid. 2b, 119 V 201 consid. 2b et la référence). En d'autres termes, il faut que les cas d'atteinte pour un groupe professionnel déterminé soient quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général (ATF 116 V 143 ; RAMA 1999 p. 108).

A côté du système des listes, cette clause générale doit ainsi permettre de combler d'éventuelles lacunes et avoir en quelque sorte la fonction d'un « filet de secours ». D'après Morger, les prestations accordées en vertu de l'art. 9 al. 2 LAA correspondent en quelque sorte à des prestations pionnières, en ce sens qu'elles seront ultérieurement appelées à être allouées sur la base des listes prévues à l'al. 1^{er}. En d'autres termes, si des substances et des travaux figurent dans les listes prévues à l'art. 9 al. 1 LAA, c'est parce que le Conseil fédéral leur a d'ores et déjà reconnu une certaine faculté causale juridiquement décisive, tandis qu'il n'en a pas fait autant là où il faut recourir à la clause générale (G. SCARTAZZINI, « Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale » p. 100 à 102). Il incombe à l'assuré de rendre vraisemblable, avec un degré de présomption suffisant, que son affection est due, dans la proportion requise à son activité professionnelle (ATF 116 V 142). La clause générale ne signifie pas que l'assureur-accidents soit tenu de verser des prestations pour toute affection qui s'est manifestée au cours du travail. La prise en charge par l'assurance-accidents d'une maladie professionnelle suppose, outre une relation exclusive ou nettement prépondérante, la survenance d'une affection typique de la profession considérée (ATF 116 V 143).

4. En l'espèce, la tuberculose, maladie due à la bactérie bacille de Koch (dictionnaire des termes de médecine, 2000, p. 826), est une maladie infectieuse qui est visée par la liste des affections de l'annexe I de l'OLAA. L'examen des conditions liées à la reconnaissance d'une maladie professionnelle doit ainsi se faire d'abord en application de l'art. 9 al. 1 OLAA.
5. La recourante, préparatrice en pharmacie, a été en contact avec un client tuberculeux alors qu'elle était affectée à la vente de médicaments au sein de la pharmacie du X_____.

dans un établissement analogue aux hôpitaux, laboratoires ou instituts de recherches.

La référence à ces derniers doit en effet être comprise comme étant des lieux où le risque de contamination infectieuse est accru, soit respectivement par le contact avec les patients hospitalisés ou directement avec les bactéries de la maladie en cause.

A cet égard, les risques de contaminations liés à la tuberculose ont fait l'objet d'une étude publiée dans « Tuberculose dans le cadre professionnel, risques et préventions », SUVA Pro, le travail en sécurité. Il ressort du chapitre 4.1 intitulé « Principes de prévention de la tuberculose pour le personnel soignant/classification du risque au sein des établissements » que :

« La prévention du risque dans le cadre professionnel nécessite la mise en œuvre de plusieurs mesures. Les mesures de protection et la surveillance médicale du personnel dépendent de la probabilité d'être exposé aux mycobactéries tuberculeuses. Deux facteurs fondamentaux sont importants pour apprécier le risque de tuberculisation au sein d'un établissement hospitalier :

- **La fréquence à laquelle des patients atteints de tuberculose contagieuse sont hospitalisés dans un secteur déterminé de l'établissement :**
Le risque doit être considéré comme élevé dans une unité de soins lorsque celle-ci accueille 6 patients ou davantage atteints de tuberculose infectieuse par année (114). Cependant, dans chaque cas particulier, le risque pour le personnel dépend avant tout de la période durant laquelle le caractère infectieux d'un patient n'est pas identifié.
- **Le type de soins prodigués au patient tuberculeux contagieux :**
Les procédures diagnostiques et thérapeutiques qui induisent la toux ou la formation d'aérosols infectieux chez des patients dont la tuberculose contagieuse n'a pas encore été diagnostiquée entraînent un risque élevé pour le personnel.

La classification du risque doit être effectuée dans chaque unité de soins d'un établissement en se basant sur les données locales, ainsi que sur le type de procédures et thérapeutiques qu'on y pratique.

On se basera sur les critères suivantes :

a) Risque élevé :

Etablissements ou divisions dans lesquels un cas au moins de tuberculose infectieuse par 100 employés et par année est investigué ou traité.

Ceci correspond pour un hôpital suisse de taille moyenne à environ 6 cas de tuberculose contagieuse par année. Ce mode de calcul peut également s'appliquer aux divisions pour tuberculeux, aux unités de maladies infectieuses, de pneumologie et, dans les cliniques de plus grande dimension, aux unités d'urgence et de soins intensifs. Il en est de même pour les centres spécialisés dans le traitement de patients VIH, de drogués ou de malades atteints d'affections respiratoires. Les centres d'accueil et de transit de la Confédération pour les requérants d'asile et les réfugiés ainsi que les installations des cantons dans lesquelles ces mêmes personnes séjournent avant l'examen médical, les institutions qui procèdent à ces examens, doivent également figurer au nombre des lieux à risque élevé. Un risque élevé existe aussi dans les locaux où l'on effectue des bronchoscopies et des toilettes bronchiques, des traitements par aérosols de Pentamidine, des interventions produisant des aérosols de matériel infectieux, dans les salles d'autopsie et dans les laboratoires de microbiologie diagnostique comportant une division mycobactériologique.

b) Risque moyen :

Un risque infectieux moyen existe dans les établissements dans lesquels moins d'un patient tuberculeux contagieux par 100 employés et par année est pris en charge ; l'incidence tuberculeuse y est cependant plus élevée qu'au sein de la population générale.

Ceci correspond pour un hôpital de taille moyenne à moins de 6 admissions par année. Cette situation peut se rencontrer dans des divisions de soins médicaux, des services d'accueil et d'urgences ou dans certaines circonstances (nombre accru d'investigations ou de traitements de patients suspects de tuberculose), dans des cabinets médicaux ou dentaires, des centres médico-sociaux, des centres d'accueil cantonaux pour requérants d'asile et d'autres institutions.

c) Risque réduit :

On parle de risque réduit lorsque l'incidence tuberculeuse au sein des patients est du même ordre de grandeur que dans la population générale (env. 1 cas par 10'000 personnes).

Le risque de contracter une tuberculose en milieu professionnel ne dépend pas seulement du type et de la fréquence de l'exposition aux aérosols infectieux, mais aussi de facteurs individuels. Les travailleurs souffrant d'une diminution de leur immunité (infection par le VIH, traitement stéroïdien à haute dose) courent un risque plus élevé.

Le chapitre 8.1 traite de la prévention de « la tuberculose dans le cadre professionnel en dehors du secteur sanitaire/postes de travail concernés et risques ».

Il découle du mode de transmission de la tuberculose que lors de concentration de populations ou dans les communautés au sein desquelles la prévalence de cette maladie est élevée, il faut également compter avec un risque accru de transmission pour le personnel d'encadrement.

L'expérience a montré que dans **les centres d'accueil et de transit pour requérants d'asile et réfugiés** de la Confédération, on recense en moyenne une personne par mois souffrant d'une tuberculose au sein de cette collectivité. Environ la moitié de celles-ci présente une forme contagieuse par la toux. Ces centres doivent donc être considérés comme des lieux à risque de contagion élevé (voir chapitre 4.1) de même que les lieux de séjour provisoires où se tiennent les réfugiés dans l'attente de leur enregistrement avant le contrôle sanitaire de frontière. Par contre, il n'existe en principe pas de risque infectieux lorsque ces contacts ont lieu à l'extérieur.

Il faut également s'attendre à rencontrer parfois des patients tuberculeux au sein **d'établissements sociaux d'accueil pour les sans-abri**, en fonction des caractéristiques locales. L'enquête menée dans le canton de Berne déjà mentionnée au chapitre 2.4.2 (81) apporte d'utiles informations sur le risque couru au sein de telles institutions. En se basant sur l'analyse RFLP, trois clusters ont été rapportés dans cette étude, dont le plus important impliquait 22 personnes parmi les sans-abri, toxicomanes ou alcooliques. Plusieurs de ces personnes sont les clients d'institutions sociales et de foyers d'accueil. Il convient donc de les attribuer au groupe de risque moyen, selon le chapitre 4.1 (122).

La littérature fait également état de nombreuses épidémies locales de tuberculose au sein **d'établissement pénitentiaires** (59, 70, 83, 129). Ces observations proviennent cependant en majeure partie des USA et des pays de l'est (65) où certains détenus sont VIH-positifs ou toxicomanes et souffrent donc d'un affaiblissement immunitaire. En se basant sur les expériences pratiques, on doit admettre qu'en Suisse le risque pour le personnel est limité et que la tuberculose ouverte reste une rareté (61). Les établissements pénitentiaires doivent donc être considérés comme des lieux à risque réduit selon le chapitre 4.1.

Les personnes engagées dans les pays ou auprès des populations à l'indice tuberculeux élevé, comme dans le cadre de l'aide en cas de catastrophe, l'aide au développement ou le secteur touristique, sont soumises à un risque accru. Ce dernier sera apprécié de cas en cas et classé en général dans le groupe moyen à réduit du chapitre 4.1 ».

6. Il ressort de l'étude précitée qu'un risque moyen à élevé de contamination de la tuberculose existe dans des établissements hospitaliers, des services d'accueil et d'urgences ou, dans certaines circonstances, dans des cabinets médicaux ou dentaires, des centres médico-sociaux, des centres d'accueil cantonaux pour

requérants d'asile et d'autres institutions, des salles d'autopsie ainsi que certains laboratoires.

Ces lieux sont considérés à risque en fonction de la fréquence des personnes atteintes par la maladie dans des centres ou établissements regroupant un grand nombre de personnes (par exemple une personne par mois dans les centres pour requérants d'asile et réfugiés), ou en fonction du type de soins prodigués (par exemple des bronchoscopies, toilettes bronchiques et aérosols de pentamidine).

7. En l'espèce, la recourante ne prétend pas que la pharmacie du X_____ est dans une mesure plus importante que n'importe quelle autre pharmacie en contact avec une clientèle atteinte de tuberculose.

Ainsi, l'activité de conseil et de vente de médicaments ne fait pas courir aux employés de la pharmacie un risque de contamination, même moyen, de la tuberculose au sens de l'étude précitée. En effet, il ne s'agit pas d'un lieu où une fréquence importante de clients atteints de tuberculose se procuraient des conseils et médicaments ou un lieu où seraient prodigués des soins à risque.

En conséquence, la tuberculose dont a souffert la recourante ne peut être reconnue comme maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 1 OLAA.

Il en est de même en application de l'art. 9 al. 2 OLAA dès lors que, au vu des considérations qui précèdent, les cas de contamination de la tuberculose pour les employés des pharmacies en contact avec la clientèle ne sont pas quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général, la pharmacie en cause ne pouvant entrer dans la catégorie des lieux à risques, même moyens. La tuberculose dans a souffert la recourante n'est donc pas une affection typique de sa profession, condition exigée par la jurisprudence précitée.

8. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être 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).

La greffière :

Nancy BISIN

La Présidente :

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe