

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/848/2012

ATAS/616/2014

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 mai 2014

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à REIGNIER, FRANCE

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Evelyne BOUCHAARA, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1962, employé depuis 1996 par l'Entreprise B_____SA en qualité de plâtrier, était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après l'assureur).
2. Le 6 juin 2011, l'assuré travaillait sur un échafaudage, occupé à mettre en place des plaques de 12 m x 0,50 m et pesant environ 3 kg, prenant une plaque de la main gauche, l'encollant de la main droite, puis la plaçant, des deux mains, dans son logement, en la frappant pour qu'elle s'emboîte dans les crochets lorsque, vers 11h00, il a ressenti une forte douleur au niveau du poignet gauche.
3. Le 10 juin 2011, l'employeur a déclaré le sinistre à l'assureur, indiquant qu'en emboîtant un faux-plafond, l'assuré avait tapé trop fort dans la plaque avec la main gauche et s'était cassé le cartilage dans la main. Il présentait une contusion au poignet gauche et une incapacité de travail.
4. L'assureur a pris en charge les suites du cas.
5. Par rapport du 17 juin 2011, le docteur C_____, spécialiste en radiologie, a expliqué que l'arthrographie et l'imagerie à résonance médicale (ci-après IRM) du poignet gauche révélait une déchirure transfixiante localisée du faisceau dorsal du ligament scapho-lunaire, une fissuration transfixiante localisée du même secteur du ligament luno-triquetral, une synovite radio-carpienne et médiocarpienne à caractère marqué très probablement dans le cadre de la chondrocalcinose reconnue sur les radiographies, un foyer de chondromalacie au stade IV associé du pôle proximal de l'os crochu et une arthrose radio-cubitale inférieure accompagnant une variante cubitale négative.
6. Par rapport du 18 juillet 2011, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a noté que l'assuré présentait des douleurs invalidantes pluri-étiologiques du poignet gauche avec un état inflammatoire biologique marqué. Les examens complémentaires démontraient des atteintes dégénératives marquées qui laissaient à penser qu'un recyclage professionnel était impératif.
7. Par rapport du 20 juillet 2011, Monsieur E_____, physiothérapeute FSP, a relevé qu'au vu du stade avancé de la chondrocalcinose touchant le poignet gauche, l'assuré ne pouvait poursuivre son activité professionnelle.
8. Le 22 juillet 2011, une échographie de la main et du poignet gauches a été effectuée, constatant une synovite microcristalline radiocarpienne ainsi que carpienne (rapport du 25 juillet 2011 du docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie).
9. Entendu par l'assureur le 10 août 2011, l'assuré a expliqué qu'il travaillait avec les deux mains, souvent accroupi ou à genoux et souvent sur des escabeaux ou des échelles en « A ». Il devait monter passablement de matériel dans les étages et manipuler des plaques de 2,5 m ou 3 m x 1,25 m qui pesaient 35 kg. Le jour de

l'accident, il se trouvait sur un échafaudage en train de mettre en place des plaques de 12 m de long x 0,50 m de large et pesant environ 3 kg. Il prenait une plaque de la main gauche – il était droitier – puis il mettait de la colle de la main droite et ensuite des deux mains il plaçait la plaque dans son logement en la frappant pour qu'elle s'emboîte dans les crochets. A un certain moment, il avait pris une plaque sur la gauche et au moment où il l'avait portée de la main gauche devant lui pour l'encoller, il avait ressenti une forte douleur au niveau du poignet gauche. Il avait mis ensuite la plaque à l'horizontale et avait dû frapper fortement plusieurs fois avec la paume de la main gauche pour l'emboîter. En frappant sur cette plaque, la douleur à la base du poignet s'était amplifiée. Malgré la douleur, il avait continué à travailler, mais dans le milieu de l'après-midi il avait dû arrêter. Le 9 juin 2011, il avait consulté un médecin.

10. Par rapport du 17 août 2011, la docteresse G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a diagnostiqué une arthrite au poignet gauche suite à un geste violent. Il existait une arthrose sous-jacente et l'évolution était favorable.
11. Par rapport du 18 août 2011, la Dresse G_____ a expliqué que l'assuré, connu pour une arthrose au poignet gauche, avait ressenti, lors d'un faux mouvement en mettant une lourde plaque au plafond, une douleur violente à son poignet qui persistait avec l'apparition d'une importante inflammation. Les examens complémentaires mettaient en évidence une synovite avec présence également d'une déchirure du ligament scapho-lunaire et la présence d'une chondrocalcinose. Au bilan sanguin, les paramètres inflammatoires étaient élevés. Ce médecin retenait une poussée inflammatoire du poignet gauche dans le cadre d'une probable crise métabolique de chondrocalcinose, le tout dans un cadre dégénératif important au niveau articulaire et ligamentaire. L'incapacité de travail était totale depuis le 6 juin 2011.
12. Par rapport du 29 août 2011, le Dr D_____ a indiqué que les douleurs persistaient et l'assuré présentait une arthropathie inflammatoire du poignet gauche. Un changement de profession était nécessaire.
13. Par rapport du 12 septembre 2011, le docteur H_____ a diagnostiqué des lésions traumatiques ligamentaires carpiennes sur terrain de chondrocalcinose et arthrose. Les lésions étaient uniquement dues à l'accident.
14. Par rapport du 20 septembre 2011, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de l'assureur, a conclu que l'assuré s'était plaint de douleurs au poignet gauche suite à une activité de collage et appui sur des plaques de 3 kg à mettre en place dans des logements de façon répétitive. Les examens complémentaires avaient conclu à une arthropathie inflammatoire dans un contexte dégénératif et une chondrocalcinose préexistante. Les mouvements décrits comme violents pour fixer les plaques n'avaient pu que déstabiliser cet état antérieur de façon temporaire, vu qu'aucune lésion traumatique n'avait été identifiée au bilan radiologique complémentaire. Au plus tard à trois mois suite à

l'événement décrit, les conséquences délétères de celui-ci s'étaient éteintes, et ceci définitivement.

15. Par décision du 22 septembre 2011, l'assureur a mis fin au versement des prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement), avec effet au 15 octobre 2011, estimant que dès cette date, l'incapacité de travail et le traitement étaient à la charge de l'assureur-maladie. Selon l'appréciation du Dr I_____, il apparaissait que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident, mais étaient exclusivement de nature malade.
16. Par rapport du 27 septembre 2011, le docteur J_____, spécialiste FMH en radiologie, a constaté la présence de remaniements dégénératifs qui restaient encore modérés notamment scapho-trapézo-trapézoïdiens associés à une ébauche de rhizarthrose ainsi qu'à une petite séquelle traumatique sous forme d'un petit fragment osseux corticalisé du versant palmaire de la base du 1^{er} métacarpien. Cette arthrose ne semblait pas expliquer un important épanchement articulaire notamment médio-carpien. Enfin, il notait une chondrocalcinose avec quelques petites calcifications du ligament triangulaire du carpe.
17. Par rapport du 3 octobre 2011, le docteur K_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a diagnostiqué une synovite microcristalline sur chondrocalcinose, une arthrose radiocubitale inférieure et chondropathie stade IV, une déchirure partielle scapho-lunaire et luno-triquétrale. Aucun facteur étranger à l'accident n'entraîne en compte dans le processus de guérison.
18. Le 10 octobre 2011, l'assuré a formé opposition à la décision, faisant valoir que son cas ne relevait pas uniquement d'un état préexistant. Il était dû aux gestes répétitifs et obligatoires effectués dans le cadre de son activité professionnelle de plâtrier staffeur, qui imposait une torsion du poignet, pour prendre et soulever la plaque de plâtre et l'emboîter sur les autres plaques, en frappant régulièrement avec la paume de la main gauche, quarante-et-une heures par semaine depuis trente ans. Ceci expliquait son arthrose prématurée. L'assuré a insisté également sur le fait que le jour de l'accident, des ligaments déchirés ainsi que des morceaux de cartilage avaient été constatés. Il s'agissait d'une usure due à un frottement excessif de son cartilage.

Il a joint les rapports du Dr D_____ du 18 juillet 2011, de Monsieur E_____ du 20 juillet 2011 ainsi que celui du Dr K_____ du 7 octobre 2011. Ce médecin a indiqué que l'assuré souffrait de lésions dégénératives de son poignet gauche exacerbées suite à un choc en juin 2011. Il présentait des lésions complexes comprenant une arthrose radio-cubitale inférieure, un foyer de chondromalacie stade IV au niveau de l'os crochu ainsi qu'une déchirure partielle des ligaments scapho-lunaires et lunotriquétrals. Ces lésions étaient expliquées par son activité professionnelle de plâtrier staffeur. Cette activité impliquait que l'assuré devait donner régulièrement et de façon répétitive des coups avec la paume gauche afin d'emboîter les plaques de plâtre pour les faux-plafonds et les murs. Il y avait donc

une relation directe entre son activité professionnelle et les lésions multiples au poignet gauche, de sorte que cette affection devait être considérée comme une maladie professionnelle. L'assuré a également joint un rapport établi le 10 octobre 2011 par le docteur L_____, médecin traitant, attestant n'avoir jamais traité son patient pour des problèmes aux poignets. Son métier, impliquant des gestes précis et répétitifs et puissants du poignet, expliquait tout à fait les lésions constatées et qui avaient dû se décompenser lors du choc du 6 juin 2011. Les lésions du poignet relevaient d'une maladie professionnelle.

19. Le 12 octobre 2011, le Dr I_____ a complété son appréciation. Les derniers éléments médicaux apportés par l'assuré ne lui permettaient pas de s'écarter de ses conclusions du 20 septembre 2011. D'ailleurs, il convenait de relever que le Dr D_____ parlait d'une origine plurifactorielle quant aux problèmes dégénératifs et inflammatoire mis en évidence au niveau du poignet gauche.
20. Par rapport du 10 février 2012, le docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie auprès de l'assureur, a expliqué qu'afin de pouvoir évaluer si une pathologie du poignet avait pu être provoquée par un effet mécanique conditionné par la profession, il convenait d'établir le type de diagnostic sur lequel reposait cette pathologie. En l'occurrence, il s'agissait clairement d'une pathologie pré-existante, à savoir une chondrocalcinose (également appelée pseudo-goutte). Il s'agissait d'un dépôt pathologique de cristaux de pyrophosphate de calcium dihydraté (CPPD). Dans le cas de l'assuré, ce diagnostic ne faisait aucun doute.

Concernant les ruptures des structures ligamentaires, les médecins traitants suggéraient une genèse d'origine professionnelle ou traumatique. Cependant, ces ruptures étaient également parfaitement explicables par la pathologie de base. Le dépôt de cristaux (CPPD) conduisait avec le temps à une destruction induite par la maladie du ligament scapho-lunaire et luno-triquetral, ce qui parlait en défaveur d'une origine traumatique ou professionnelle de ces lésions ligamentaires. En outre, le mécanisme de « faux mouvement » du poignet gauche que l'assuré avait fait valoir lors de l'événement du 6 juin 2011 n'était pas en mesure de provoquer une déchirure du très solide ligament scapho-lunaire. De même, un éventuel effet mécanique induit par l'activité professionnelle, aussi contraignante soit-elle pour les poignets, ne pouvait pas entraîner la déchirure des deux ligaments. L'activité professionnelle endossait au pire le rôle de déclencheur en amorçant lors de l'événement du 6 juin 2011, une première poussée de chondrocalcinose, reconnaissable au gonflement douloureux du poignet ainsi qu'à la vitesse de sédimentation globulaire élevée. Il convenait de rejeter l'origine professionnelle de la chondrocalcinose au poignet gauche de l'assuré.

21. Par décision sur opposition du 15 février 2012, l'assureur a maintenu sa position, en se référant à l'avis du Dr M_____ selon lequel l'assuré présente une chondrocalcinose. L'activité professionnelle avait tout au plus déclenché la première poussée d'une affection malade, de sorte que l'activité professionnelle n'était pas la cause exclusive, ni nettement prépondérante des troubles présentés par

l'assuré, dont les médecins-traitants semblaient ignorer que la causalité devait non seulement être vraisemblable, mais atteindre au moins 75% par rapport aux autres facteurs. L'assureur a également ajouté que l'événement du 6 juin 2011 ne correspondait pas à un accident dès lors que l'assuré n'avait pas été victime d'un événement extérieur extraordinaire. Enfin, même si un accident devait être retenu, au plus tard trois mois après l'événement, les effets délétères s'étaient éteints selon le Dr I_____.

22. Par acte du 14 mars 2012, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en concluant à son annulation au motif que l'affection dont il souffre est une maladie professionnelle, en se référant aux avis des Drs L_____ et K_____. Le recourant a rappelé qu'une des caractéristiques principales de son métier est l'usage répété de la main pour frapper, geste répétitif qu'il effectuait depuis trente ans et qui était à l'origine de l'arthrose précoce au poignet gauche. L'assureur ne précisait d'ailleurs pas quelles autres causes pouvaient être à l'origine de l'arthrose.
23. Par réponse du 10 avril 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se référant à l'avis du Dr M_____, dont il résultait que l'atteinte au poignet gauche du recourant n'était pas due exclusivement ou de manière nettement prépondérante à l'exercice de son activité professionnelle.
24. Le 22 mai 2012, le recourant a produit un rapport du Dr L_____ daté du 15 mai 2012, selon lequel le diagnostic de chondrocalcinose retenu par le Dr M_____ n'était pas posé de façon certaine. Or, ce médecin avait basé toute son argumentation sur cette pathologie pour écarter la qualification de maladie professionnelle. Au vu des gestes répétitifs et précis pendant plusieurs années sur le poignet, l'atteinte avait une origine professionnelle, selon le Dr L_____. Le recourant a joint par ailleurs un article rédigé en janvier 2005 par le Professeur N_____, faisant état de lésions qui peuvent atteindre certains secteurs professionnels, tels que certains métiers du bâtiment, ainsi qu'un rapport du 18 avril 2012, établi par la docteresse O_____. Ce médecin a expliqué que l'arthro-IRM du poignet droit révélait la présence d'une lésion transfixiante localisée du faisceau dorsal du ligament scapho-lunaire, la présence de remaniements dégénératifs au niveau du pôle proximal de l'os crochu mais aussi un aspect géodique dégénératif au niveau de la base de l'os crochu et du grand os. Le recourant a sollicité la mise en œuvre d'une instruction médicale portant sur la question litigieuse de l'existence d'une maladie professionnelle.
25. Le 13 juillet 2012, le recourant a produit un rapport du docteur P_____ du 28 juin 2012 faisant état de l'apparition de douleurs du côté droit. Les lésions dégénératives scapho-lunariennes étaient clairement d'origine professionnelle et en rapport avec l'âge du patient également.
26. Par écriture du 27 août 2012, l'intimée a maintenu sa position en se référant à une appréciation complémentaire du Dr M_____ du 22 août 2012, selon laquelle les nouveaux rapports n'étaient pas de nature à modifier l'appréciation antérieure. Le

Dr M_____ a notamment relevé que les examens effectués au poignet droit présentait une symétrie frappante avec les résultats d'examen déjà connus concernant le poignet gauche. Cette symétrie parlait clairement en faveur d'une maladie systémique (chondrocalcinose). Le Dr L_____, qui contestait le diagnostic de chondrocalcinose, ne citait toutefois aucune littérature scientifique ou évoquait une étude portant sur des atteintes d'une nature étrangère à celles dont souffrait le recourant. Par ailleurs, l'avis du Dr P_____ était dépourvu de toute motivation et ce médecin reconnaissait que l'affection était également en rapport avec l'âge. Selon le Dr M_____, le recourant ne souffrait pas d'une maladie professionnelle, mais bien d'une maladie systémique sous forme d'une chondrocalcinose affectant les deux mains.

27. Le 24 septembre 2012, le recourant a produit un rapport du Dr L_____ du 14 septembre 2012, contestant en particulier la chondrocalcinose, faisant valoir que le Dr M_____ se fondait uniquement et exclusivement sur les données d'imagerie, alors que la chondrocalcinose est rare avant 60 ans et exceptionnelle avant 50 ans. Selon le Dr L_____, les lésions présentées par le recourant étaient tout à fait compatibles avec un mécanisme traumatique répétitif d'origine professionnelle. Le recourant a en outre fait valoir que l'avis du Dr M_____ allait à l'encontre de celui exprimé par tous les médecins consultés. Il a joint notamment un rapport du 15 novembre 2011 du docteur Q_____, chirurgien orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, expliquant qu'au vu des lésions dégénératives et surtout de l'inflammation du poignet, une réorientation professionnelle était recommandée.
28. Le 17 octobre 2012, la chambre de céans a interrogé les Drs L_____ et P_____, qui ont confirmé, respectivement les 2 et 20 novembre 2012, que les lésions sont d'origine traumatique. Selon le Dr L_____, le diagnostic retenu était des lésions dégénératives multiples du poignet post-traumatiques. Les lésions étaient d'origine professionnelle au vu d'un faisceau d'arguments: elles étaient trop diverses (aspect de chondrocalcinose, mais aussi d'arthrose et de chondromalacie); les lésions ligamentaires du poignet étaient trop importantes chez quelqu'un de jeune pour pouvoir être rattachées à une maladie; la chondrocalcinose débute très rarement avant 60 ans; toutes les lésions constatées en radiologie (chondromalacie, arthrose et chondrocalcinose) peuvent avoir une origine traumatique et l'activité professionnelle affectant très précisément le poignet conduisait le médecin à retenir une origine professionnelle. En raison de ce faisceau d'arguments et l'activité très ciblée sur les poignets effectuée pendant trente ans par le recourant, l'origine professionnelle lui paraissait nettement prépondérante (plus de 75%). Selon le Dr P_____, le recourant ne présentait pas le diagnostic de chondrocalcinose responsable des douleurs des poignets et le lien de causalité entre la maladie et l'activité professionnelle était prépondérant (plus de 50%). Les dégâts étaient essentiellement d'origine traumatique ou micro-traumatique et en aucun cas d'origine malade. L'arthro-IRM permettait de confirmer le diagnostic de rupture ligamentaire partielle intracarpienne et les traitements anti-inflammatoires

n'excluaient pas une origine professionnelle. La survenue des troubles au poignet droit en 2012 n'était que le révélateur de lésions plus anciennes.

29. Par pli du 15 janvier 2013, le recourant a produit un rapport établi le 4 janvier 2013 par le docteur R_____, spécialiste en chirurgie de la main, qui relève que les lésions des deux poignets ne sont pas logiques par rapport à l'âge du patient et donc sont probablement liées à son travail manuel important (gestes répétitifs ou ports de charges lourdes). La chondromatose n'était pas la source principale de tous les problèmes.
30. Le 24 janvier 2013, le recourant a fait valoir que les Drs L_____, P_____, R_____ et K_____ confirmaient l'existence d'une maladie professionnelle.
31. Le 5 février 2013, l'intimée a transmis une nouvelle appréciation établie par le Dr M_____ le 24 janvier 2013. Selon ce médecin, le diagnostic de chondrocalcinose se confirmait. La symétrie des lésions affectant les deux poignets confirmait l'origine malade systémique métabolique de l'affection et, quoi qu'il en soit, il n'existait aucune étude épidémiologique ayant analysé la fréquence d'une chondrocalcinose du poignet dans le cadre d'activités manuelles, ce qui impliquait que cette affection ne se manifeste pas quatre fois plus souvent dans les métiers manuels de peintre ou de plâtrier. Il a précisé qu'il était vrai que la fréquence de la chondrocalcinose augmente en fonction de l'âge et qu'elle se manifeste surtout après 60 ans, alors qu'elle n'apparaît que rarement avant 50 ans.
32. Le 20 février 2013, le recourant a produit un rapport du Dr L_____ du 18 février 2013, selon lequel la symétrie des affections et la présence d'un syndrome inflammatoire n'excluent pas l'origine traumatique.
33. Le 16 mai 2013, la chambre de céans a interpellé l'Institut universitaire romand de Santé au Travail (ci-après IST) afin de déterminer s'il existe une ou des études épidémiologiques permettant de déterminer la prévalence des troubles présentés par le recourant dans son domaine d'activité.
34. La doctoresse S_____, spécialiste FMH en médecine du travail auprès de l'IST, a répondu le 28 mai 2013 que les diagnostics avancés par les différents médecins étaient peu clairs, que les études montraient que dans le métier de plâtrier, le risque de troubles musculo-squelettiques était modéré à élevé de sorte qu'il était nécessaire de correctement évaluer les risques professionnels ainsi que les facteurs individuels et les antécédents médicaux, et que si des éléments importants y relatifs manquaient, une expertise médicale se justifiait.
35. Après en avoir informé les parties, la chambre de céans a, par ordonnance du 24 octobre 2013, mis en œuvre une expertise et l'a confiée au Professeur T_____, spécialiste FMH en rhumatologie (ATAS/1035/2013).
36. Par rapport du 19 décembre 2013, le Prof. T_____ a diagnostiqué, après avoir examiné le recourant le 9 décembre 2013, une chondrocalcinose aux poignets, une crise inflammatoire d'allure pseudo-goutteuse du poignet gauche (en 2011) et

probablement droit (en 2012), une arthrose (discrète à la base du pouce gauche et au niveau de l'os crochu des deux côtés), des lésions ligamentaires des poignets (IRM), une surcharge pondérale et un état anxieux.

L'expert a noté que le recourant se plaignait, au jour de l'examen, de douleurs dans les deux poignets aux mouvements de flexion et d'extension, aux mouvements d'appui sur les mains et aussi aux mouvements de force dans les mains. Il ne se plaignait d'aucune sensation de dysesthésie dans les mains, ni de perte de la sensibilité. Il n'y avait pas de douleurs nocturnes. Il n'y avait pas eu de récurrence des phénomènes inflammatoires des poignets depuis 2012 (poignet gauche en juin-juillet 2011 et poignet droit en janvier 2012). L'expert a relevé notamment que le métier du recourant consistait à poser des plaques de plâtre pour faire des faux-plafonds avec des plaques de 1 m x 1,15 m et pesant environ 7 kg. Il devait les emboîter en tapant fortement avec le talon de la main pour obtenir une surface lisse. Il avait travaillé aussi avec des plaques de plâtre qu'il faut dresser contre les murs; ces plaques pèsent jusqu'à 40 kg et il était à chaque fois seul pour faire ces travaux. L'expert a expliqué que dans son activité de plâtrier, le recourant exerçait des mouvements répétitifs entraînant des chocs sur le talon des deux mains pour emboîter des plaques de faux-plafond. Il y avait d'autre part des mouvements de flexion, de torsion lors du maniement des plaques de plâtre dont le poids pouvait monter jusqu'à 40 kg. Le recourant n'encourait pas de risques particuliers dans son activité. En revanche, le métier de plâtrier sollicitait beaucoup les articulations des poignets et les doigts ainsi que les disques de la région lombaire.

S'agissant du diagnostic de chondrocalcinose, il était vrai qu'une ponction articulaire avec recherche de cristaux au moment de la crise aiguë n'avait pas été pratiquée et que le diagnostic était basé sur l'aspect clinique et sur les imageries combinées. Toutes parlaient en faveur d'un processus intra-articulaire mettant en jeu des calcifications de petites tailles, parfaitement compatibles par leur localisation avec des dépôts de cristaux de pyrophosphate de calcium. L'expert a ajouté qu'il est bien connu que la chondrocalcinose peut apparaître à l'âge adulte jeune et chez l'adulte d'âge moyen. Enfin, les diagnostics différentiels comportaient une polyarthrite rhumatoïde, une goutte, un rhumatisme apatitique et une arthropathie micro-cristalline à apatite, lesquels avaient pu être écartés. Une cause purement mécanique sur traumatisme du poignet gauche pouvait être écartée pour expliquer la mono-arthrite eu égard au syndrome biologique inflammatoire d'accompagnement présent en juin et juillet 2011.

La survenance de l'atteinte du poignet gauche en juin 2011 faisait clairement suite à un travail particulièrement astreignant de pose de plaques de faux-plafond. La crise avait été finalement jugulée par des injections locales de corticostéroïdes dans le poignet gauche. Les troubles du poignet droit étaient survenus en janvier 2012, sans chute, sans traumatisme quelconque. Comme facteur prédisposant à l'apparition de la crise de pseudo-goutte du poignet gauche, l'expert notait la présence d'une chondrocalcinose (maladie par dépôts de pyrophosphate de calcium). Cette maladie

pouvait se manifester par des crises d'allure pseudo-goutteuse très inflammatoires comme celles décrites par le recourant en juin 2011.

S'agissant du lien de causalité avec l'exercice de l'activité professionnelle, l'expert a estimé que la crise pseudo-goutteuse de juin 2011 avait un lien de causalité probable. S'agissant de la chondrocalcinose, celle-ci étant présente non seulement au poignet gauche, mais aussi au droit, il fallait admettre qu'il s'agissait d'une maladie micro-cristalline idiopathique. Elle était sans rapport avec l'activité professionnelle (lien de causalité nul). Aucune cause concurrente n'avait contribué à la survenance de la maladie et il n'y avait apparemment pas de facteur familial, ni d'affections métaboliques sous-jacentes. Il n'y avait pas eu de traumatisme grave relevé au niveau du poignet gauche ni aucune opération de celui-ci, ce qui excluait chez le recourant une origine professionnelle. S'agissant de la discrète rhizarthrose du pouce gauche, un lien de causalité était possible avec l'activité professionnelle. Enfin, s'agissant de la déchirure partielle du ligament scapho-lunaire détectée par l'IRM du poignet gauche le 17 juin 2011 et au poignet droit le 18 avril 2012, la relation avec l'activité professionnelle chez un sujet adulte d'âge moyen et travailleur manuel était possible. Toutefois, il était bien connu que les patients présentant une chondrocalcinose des poignets peuvent présenter à cause de cette maladie une atteinte du ligament scapho-lunaire indépendante de tout traumatisme professionnel.

L'expert a ajouté que les conclusions du Dr M_____ lui paraissaient valables: la crise de pseudo-goutte du poignet gauche avait probablement été favorisée par un micro-traumatisme du poignet en juin 2011 et la chondrocalcinose n'était effectivement pas considérée comme une maladie professionnelle. Le Dr L_____ doutait quant à lui du diagnostic de chondrocalcinose vu le jeune âge du recourant. Or, selon l'expert, il est bien connu que la chondrocalcinose peut apparaître à l'âge adulte jeune et chez l'adulte d'âge moyen. Par ailleurs, une cause purement mécanique sur traumatisme du poignet gauche pouvait être écartée eu égard au syndrome biologique inflammatoire d'accompagnement présent en juin et en juillet 2011. Enfin, les conclusions des Drs L_____ et P_____ attribuant l'atteinte du ligament scapho-lunaire (retrouvée au poignet gauche et au poignet droit) à une origine professionnelle, ne lui paraissaient pas convaincantes du moment que la chondrocalcinose par elle-même peut être à l'origine d'une atteinte du ligament scapho-lunaire, même en dehors de traumatismes ou micro-traumatismes répétitifs (relation possible, mais non prépondérante). Par ailleurs, contrairement à l'avis du Dr K_____, il n'était pas envisageable de considérer la chondrocalcinose des poignets du recourant comme une maladie professionnelle.

37. Par écriture du 27 janvier 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions, faisant valoir que les conclusions du Prof. T_____ ne lui paraissaient pas convaincantes car il se référait surtout aux avis des médecins consultés auparavant. L'expert et le Dr D_____ admettaient un lien de causalité probable avec l'activité professionnelle, vu le travail particulièrement astreignant. Le recourant s'est dit étonné que l'expert,

qui avait effectué des radios lors de son examen, n'ait pas remarqué la double fracture des 4^{ème} et 5^{ème} métacarpiens de la main droite due à un accident du 22 septembre 2013 provoqué par une chute, comme l'attestait le docteur U_____, médecin praticien, dans son rapport du 4 novembre 2013. Selon le recourant, ses atteintes à la santé sont dues à son métier et il pensait n'avoir pas passé les bons examens, comme l'avait indiqué le Prof. T_____. Enfin, il n'avait jamais souffert de douleurs aux poignets avant le 6 juin 2011.

38. Par écriture du 5 février 2014, l'intimée a persisté dans ses conclusions, faisant valoir que l'expert, à l'instar du Dr M_____, était d'avis que les atteintes présentées par le recourant aux poignets ne constituaient pas une maladie d'origine professionnelle.
39. Après avoir adressé une copie de cette écriture au recourant, la chambre de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La chambre de céans a déjà examiné les questions de sa compétence et de la recevabilité du recours dans son ordonnance du 24 octobre 2013 (ATAS/1035/2013), de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici.
2. A teneur de l'art. 1 al. 1 loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents et, singulièrement, sur la question de savoir si les atteintes dont il souffre relèvent de la maladie professionnelle.
4. a. L'art. 6 al. 1er 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. 1er). 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).

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 136 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 126 V 183 consid. 2b; ATF 119 V 200 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 136 consid. 5c). Si les données statistiques font défaut, il faut utiliser les données cliniques (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 235/99 du 22 septembre 2000). 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). 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 183 consid. 2 b; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 381/01 du 20 mars 2003 consid. 3.1).

A plusieurs reprises, le Tribunal fédéral 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). 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], 2ème 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 183 consid. 4c et les références).

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 353 consid. 5 let. b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références).

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).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

En principe, le juge ne s'écarter 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 et les références).

6. En l'espèce, l'intimée est d'avis, en se référant aux conclusions du Dr M_____, que les troubles présentés par le recourant ne sont pas dus à l'exercice de son activité professionnelle, ce que conteste le recourant, en se référant aux appréciations émises par les Drs L_____, K_____ et P_____.

Suite à l'avis du 28 mai 2013 de la Dresse S_____, la chambre de céans a mandaté le Prof. T_____. Dans son rapport du 19 décembre 2013, ce médecin a diagnostiqué une chondrocalcinose aux poignets, une crise inflammatoire d'allure pseudo-goutteuse du poignet gauche (2011) et probablement droit (2012), une arthrose discrète à la base du pouce gauche et au niveau de l'os crochu des deux côtés et des lésions ligamentaires aux poignets. Après avoir décrit les tâches exercées par le recourant dans son activité professionnelle et les mouvements qu'impliquait l'exercice de celle-ci, l'expert a estimé que la crise pseudo-goutteuse de juin 2011 avait un lien de causalité probable avec l'activité professionnelle, que la discrète rhizarthrose du pouce gauche et la déchirure partielle du ligament scapho-lunaire aux poignets avaient un lien de causalité seulement possible avec l'activité professionnelle et, enfin, que la chondrocalcinose, maladie micro-cristalline idiopathique, était sans rapport avec l'activité professionnelle, de sorte que le lien de causalité était nul.

La chambre de céans constate que l'expertise du Dr T_____ repose sur un examen du recourant et l'étude du dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes du recourant ont été prises en considération. L'expertise est en outre très bien motivée puisqu'elle explique pourquoi l'expert retient les diagnostics précités et les

raisons pour lesquelles il estime qu'ils ne sont pas dus exclusivement ou de manière prépondérante à l'exercice de l'activité professionnelle du recourant. Ses conclusions sont ainsi dûment motivées.

Par ailleurs, les avis divergents émis par les Drs L_____, K_____ et P_____ ne sont pas de nature à mettre sérieusement en doute l'analyse de l'expert judiciaire.

Le Dr L_____ conteste le diagnostic de chondrocalcinose au vu du jeune âge du recourant. Or, l'expert a dûment expliqué, en se référant à la littérature médicale, que la chondrocalcinose peut apparaître à l'âge adulte jeune et chez l'adulte d'âge moyen. Il a ajouté que s'il était vrai qu'une ponction articulaire avec recherche de cristaux au moment de la crise aiguë n'avait pas été pratiquée, toutefois toutes les imageries parlaient en faveur d'un processus intra-articulaire mettant en jeu des calcifications de petites tailles, parfaitement compatibles par leur localisation avec des dépôts de cristaux de pyrophosphate de calcium. Selon l'expert, une cause purement mécanique sur traumatisme du poignet gauche pouvait être écartée eu égard au syndrome biologique inflammatoire d'accompagnement présent en juin et en juillet 2011 et il n'était pas envisageable, contrairement à l'avis du Dr K_____, de considérer la chondrocalcinose du poignet gauche et droit chez le recourant comme une maladie professionnelle.

S'agissant des conclusions émises par les Drs L_____ et P_____, selon lesquelles l'atteinte du ligament scapho-lunaire (retrouvée au poignet gauche et au poignet droit) aurait une origine professionnelle, l'expert a exposé de façon claire que leur appréciation n'était pas pleinement convaincante du moment que la chondrocalcinose par elle-même peut être à l'origine d'une atteinte du ligament scapho-lunaire, même en dehors de traumatismes ou micro-traumatismes répétitifs. La relation de causalité avec l'activité professionnelle était dès lors uniquement possible, mais non prépondérante.

Compte tenu de ce qui précède, force est de constater l'absence d'éléments susceptibles de remettre en cause les conclusions émises par l'expert. Il y a donc lieu de reconnaître une valeur probante entière à son rapport d'expertise.

Il convient donc retenir que s'agissant de la crise pseudo-goutteuse au poignet gauche en juin 2011, le lien de causalité avec l'activité de plâtrier exercée par le recourant est seulement probable, que s'agissant de la rizarthrose du pouce gauche et de la déchirure partielle du ligament scapho-lunaire, la causalité est seulement possible et, enfin, que la chondrocalcinose n'a, quant à elle, aucun lien avec l'activité professionnelle.

Ainsi, même si l'exercice de l'activité professionnelle a pu représenter un facteur déclencheur pour certains diagnostics, il n'est nullement établi que cette activité a eu un rôle exclusif ou nettement prépondérant dans la genèse des atteintes dont souffre le recourant. Force est dès lors de nier l'existence d'un lien de causalité qualifiée entre les affections dont souffre le recourant et l'activité professionnelle en cause.

L'intimée était par conséquent fondée, par sa décision du 15 février 2012, à mettre fin au versement des prestations en faveur du recourant.

7. Pour ces motifs, le recours est rejeté.
8. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

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 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

Irène 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