

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 janvier 2014

---

Présidence de       Mme    PASCHE  
Juges     :       MM. Métral et Bidiville, assesseur  
Greffière     :       Mme    Simonin

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.**\_\_\_\_\_, à Renens, recourante, représentée par Me Eric Cerottini, avocat  
à Lausanne,

et

**C.**\_\_\_\_\_, à Lucerne, intimée.

---

**Art. 6 al. 1, 9 al. 2 LAA, 61 let. c LPGA**

## **E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé en qualité d'ouvrière pour le compte de l'entreprise N.\_\_\_\_\_ à partir de la fin de l'année 1998, d'abord comme ouvrière de montage, puis, dès 2000, comme opératrice en salle blanche. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA).

Dans un rapport médical du 12 octobre 2010 au médecin traitant de l'assurée, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et traitement interventionnel de la douleur, a posé les diagnostics de douleurs du poignet droit sur ténosynovite de De Quervain, de douleurs du coude droit épicondyliennes et épitrocléennes dysfonctionnelles associées, de douleurs scapulaires droites sur syndrome de l'angulaire de l'omoplate, de cervicalgies de caractère musculaire sur cervico-discarthrose, de douleurs mécaniques du genou droit sur probable chondropathie fémoro-patellaire et de talagies gauches. Il a relevé que la patiente ne souhaitait pas d'infiltrations d'emblée et que des adaptations du poste de travail étaient nécessaires pour améliorer l'ergonomie du poste de travail, surtout pour les activités manuelles.

Dans un rapport médical du 29 décembre 2010, le Dr L.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de tendinite de De Quervain droite, de cervicoscapulagies gauches depuis 2005, bilatéralisées en 2010, de fibromyalgie probable suite à un accident du 30 décembre 2000, d'asthme bronchique réversible, d'allergie au latex et d'état dépressif, estimant que l'activité actuelle n'était plus exigible mais qu'une activité adaptée était envisageable dès que possible à 100%.

Le 16 février 2011, l'employeur de l'assurée a adressé une déclaration de sinistre LAA à la CNA en faisant état, quant à la suspicion

de maladie professionnelle, de gestes répétitifs et précisant quant au genre de l'atteinte "autres lésions internes".

Selon la note d'entretien téléphonique du 22 février 2011 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecine du travail, l'assurée était en arrêt de travail depuis le 2 septembre 2010, excepté une tentative de reprise à 50% du 1<sup>er</sup> au 15 décembre 2010; elle se plaignait de douleurs dans le poignet droit remontant en direction de l'avant-bras, du bras, jusqu'à l'épaule, et occasionnant des maux de tête.

Le 17 mars 2011, à la demande de la CNA, un expert, V.\_\_\_\_\_, s'est livré à l'appréciation du poste de travail de l'assurée. A cette occasion, il a notamment relevé ce qui suit:

### **"1. Situation**

Madame F.\_\_\_\_\_ a arrêté de travailler le 2 septembre 2010 pour raison de maladie. Elle a repris le travail en début décembre 2010, mais pour deux semaines seulement. Dès cette date elle n'a plus travaillé chez N.\_\_\_\_\_.

Elle a accusé l'activité "prémontage ressort + poulet" comme cause de sa maladie. Ce travail nous a été montré par Mme [...], collaboratrice qui effectue également ce type de travail.

En mai 2010 un nouvel outil (MMFZ5316) a été introduit. L'utilisation de cet outil a été jugée problématique lors du contrôle global des postes de travail que nous avons effectué le 08.02.2011, de par les gestes jugés sollicitant pour les poignets et les épaules. Cet outil a été mis hors du service en février 2011 et n'a pas pu être observé en action. Selon Mme [...] cet outil a rarement été utilisé par Mme F.\_\_\_\_\_.

### **2. Constatations**

[...]

Les sollicitations des articulaires épaule et bras (côté droit seulement) sont jugées comme peu importantes, avec exception de la rotation et de l'inclinaison du poignet avec des pronations ou inclinaisons cubitales partiellement prononcées".

Par courriel du 23 mars 2011, une employée de la société pour le compte de laquelle oeuvrait l'assurée a adressé à l'expert des précisions sur le travail de l'assurée durant l'année 2010. Elle a précisé qu'en 2010, celle-ci avait effectué 1'121 heures de présence, essentiellement entre janvier et août. Au cours de cette période, elle avait

travaillé sur la référence FFS.F2.ZZ2.LZZZ (opération 55: collage + serrage poulet) à 7 reprises, totalisant 171 heures sur ce travail, soit environ 15% (171 h. / 1121 h.) de son temps de présence en 2010. Elle a ajouté que pour toute l'année 2010, 4 personnes avaient travaillé sur ces pièces, totalisant 76'000 pièces. L'assurée en avait effectué 17% (12'784 pièces / 76'000 pièces). Lors de sa reprise du travail du 1<sup>er</sup> au 15 décembre 2010, elle n'avait pas du tout fait ce travail.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du poignet droit de l'assurée a été effectuée le 18 mars 2011. Selon le rapport du même jour du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, les conclusions étaient les suivantes :

"Tendinopathie marquée des 2 tendons de la première coulisse ainsi que du tendon du muscle cubital postérieur traduisant une tendinopathie de ces 3 structures. Important remaniement géodique des structures osseuses du carpe, particulièrement du grand os et de l'os crochu, associé à une prise de contraste de la synoviale adjacente se prolongeant autour de l'axe scapho-trapézo-métacarpien du 1<sup>er</sup> rayon, traduisant une synovite réactionnelle aux atteintes osseuses et dégénératives adjacentes".

L'assurée a été invitée à se soumettre le 11 mars 2011 à une expertise pluridisciplinaire sur requête de l'assurance perte de gain de son employeur. Dans leur rapport d'expertise du 31 mars 2011, les Drs X.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Centre [...] (ci-après: [...]) ont relevé ce qui suit sous la rubrique "synthèse et discussion":

"Situation actuelle et conclusions:

Sur le plan rhumatologique, la présente expertise, outre la présence d'une fibromyalgie floride comme en témoignent les douleurs du squelette axial et des ceintures sans déficit neurologiques, les douleurs des insertions ostéo-tendineuses et la présence de tous les trigger points, confirme la présence d'une tendinite de De Quervain ou ténosynovite sténosante de De Quervain (synonyme).

Il s'agit d'une inflammation de la gaine des tendons du court extenseur et du long abducteur du pouce au bord externe du poignet. A cet endroit les tendons coulisent dans un tunnel fibreux au contact du radius. La physiopathologie correspond à un conflit entre les tendons et les bords du tunnel, créant un épaissement de la gaine tendineuse et une sténose de la coulisse ostéo-fibreuse qui les entoure. Cette tendinite, décrite pour la première fois sous le terme de maladie des

lavandières, annonce d'ores et déjà la participation d'un surmenage dans le mouvement de la préhension, comme on le voit d'ailleurs fréquemment chez les secrétaires (lourds classeurs fédéraux), les couturières (aiguilles), les blanchisseuses (torsion du linge), dans la pratique de certains sports (arts martiaux) ou de certaines activités manuelles comme le sécateur ou le jardinage. La prédominance féminine est nette et l'âge de la survenue se situe entre 40 et 50 ans.

Sur la base de ce bref rappel théorique, on constate que Madame F. \_\_\_\_\_ correspond parfaitement aux critères diagnostics de cette maladie: elle en a la présentation clinique, le sexe, l'âge et surtout le facteur favorisant, à savoir son activité professionnelle. Son évolution correspond également à celle qui est classiquement décrite pour la tendinite de De Quervain, à savoir que dans un certain nombre de cas, après un délai de 6 à 18 mois la douleur devient permanente empêchant toute activité professionnelle. Pour bien distinguer cette symptomatologie de celle qu'on aura toujours tendance à incriminer chez cette assurée, soit la fibromyalgie, il faut se rappeler que la tendinite en question peut gêner considérablement les mouvements du pouce et devenir très vive et très invalidante avec des irradiations douloureuses vers l'avant-bras, ce qui est le cas ici.

Le diagnostic différentiel a été bien investigué: un EMG a exclu toute irritation de la branche antérieure du nerf radial ou un syndrome du tunnel carpien, une radiographie n'a rien montré d'autre dans la région outre une rhizarthrose débutante asymptomatique, et on ne constate aucun doigt à ressaut, aucun kyste synovial au poignet. Le traitement, quant à lui, a été mené selon les règles de l'art, une mise au repos du pouce (arrêt de travail), anti-inflammatoires par voie orale et locale (infiltration de dérivés stéroïdiens), appareillage de repos (orthèse immobilisatrice), malheureusement sans effet. Le traitement chirurgical doit donc être envisagé. Il faut laisser au médecin traitant le soin d'en évaluer l'indication chez sa patiente compte tenu des complications éventuelles. En effet, si les résultats sont habituellement bons, ils sont rarement immédiats et l'amélioration se poursuit sur plusieurs semaines.

Les situations favorisant le développement de cette affection doivent être écartées. Nous rejoignons totalement les considérations du médecin traitant lorsqu'il affirme que *le travail actuel avec son geste répétitif ne peut plus être exercé - les restrictions sont essentiellement liées aux gestes et postures sur son plan de travail. L'activité actuelle n'est plus exigible et une activité adaptée au handicap serait possible à 100%.*

Sur le plan psychique, Madame F. \_\_\_\_\_ présente un trouble dépressif et anxieux qu'elle décrit elle-même comme réactionnel, c'est-à-dire au conflit avec sa cheffe. Par ailleurs elle mentionne que ce n'est pas ce trouble qui est incapacitant, par contre elle ne se voit pas retourner au travail pour se confronter à nouveau à cette personne.

Les aspects dépressifs anamnestiques sont retrouvés à l'observation et sont concordants, on retient principalement comme signes présents une tristesse persistante, avec ruminations, des troubles du sommeil, une anhédonie, absence de libido, une mauvaise image de soi, une fatigue permanente à l'anamnèse seulement, mais un ralentissement à l'observation. Il n'y a pas d'idées suicidaires, pas de troubles cognitifs annoncés ou observés, il reste des contacts sociaux, un peu de lecture et de la télévision.

Anxiété et angoisse sont anamnestiques seulement, décrites comme contextuelles, avec parfois des crises d'hyperventilation.

Globalement, le stress est mentionné comme le principal facteur délétère.

Actuellement, l'aspect dépressif semble au premier plan, les éléments anxieux peuvent être intégrés dans le diagnostic d'épisode dépressif.

L'épisode dépressif est réactionnel, récent, lié au contexte de travail. Il peut être considéré d'intensité légère à moyenne avec symptômes somatiques, le nombre de critères pour un épisode moyen ne sont pas atteints au jour de l'examen, mais on dépasse le niveau léger.

Dans la mesure où l'activité antérieure n'est somatiquement plus possible, le problème du retour dans une situation conflictuelle est réglé.

Le trouble de l'humeur n'est pas au premier plan, il ne justifie pas en lui-même une incapacité de travail durable, ce avec quoi Madame F.\_\_\_\_\_ est d'accord.

En ce qui concerne la fibromyalgie, il n'y a pas les critères de gravité de la comorbidité psychiatrique".

Dans un rapport médical du 14 avril 2011 au Dr L\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main, a posé les diagnostics de syndrome neuralgiforme chronique du membre supérieur droit, de tendinopathie secondaire des abducteurs du pouce et de l'extenseur carpi ulnaire et de lésions dégénératives probablement banales du poignet droit.

Dans son rapport du 4 mai 2011 faisant suite à un rayon X du coude droit effectué le même jour, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a décrit ce qui suit:

"Petite calcification (versus ossification) en regard de l'épicondyle susceptible de traduire une épicondylite voire un ancien arrachement osseux. De profil, petit ostéophyte versus petite ossification en bordure supérieure de l'apophyse coronoïde. Par ailleurs, rapports articulaires du coude préservés. Pas de lésion osseuse. Pas d'épanchement.

Une IRM pourrait être utile pour réapprécier les tendons extenseurs en regard de l'épicondyle".

Dans son appréciation médicale du 4 juillet 2011, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, du service médecine du travail de la

CNA, a relevé ce qui suit s'agissant des données relatives à l'activité professionnelle de l'assurée:

"Depuis 2000, Mme F. \_\_\_\_\_ est employée par l'entreprise N. \_\_\_\_\_, qui fabrique des connecteurs électriques. Le rapport d'enquête de M. V. \_\_\_\_\_ en date du 17 mars 2011 décrit plus en détail son poste de travail. A son poste, Mme F. \_\_\_\_\_ monte de petites pièces détachées. Il s'agit d'une activité en position assise. Elle doit usiner entre 8 et 10 pièces par minute (ce qui correspond à un "Hand Activity Level", HAL ou niveau d'activité de la main, de 3 à 4). La tâche est divisée en quatre étapes (pré-montage, puis trois étapes de montage). L'activité change après deux blocs de 80 pièces, c'est-à-dire au bout de 20 minutes environ, au maximum après trois blocs. Il s'agit d'une tâche de précision qui exige des manipulations fines, à l'origine de tensions musculaires répétées. Le déploiement de force est considéré comme faible (échelle de Borg 1 [NdT : sic. L'échelle commence à 6, "très très léger" ; la valeur 1 n'existe pas]). La position de travail dominante est la pince bi-pulpaire entre le pouce et l'index. De temps à autre, les pièces doivent également être tenues à une distance de 25 à 30 cm des yeux sans appui sur les bras. La sollicitation des épaules et du bras (du côté droit uniquement) est considérée comme faible, à l'exception des mouvements de pronation et de supination du poignet".

L'appréciation posée par le Dr M. \_\_\_\_\_ est la suivante :

"Mme F. \_\_\_\_\_ présente un tableau clinique très hétérogène, réparti sur plusieurs régions du corps et en partie diffus, difficile à circonscrire sur le plan diagnostique. La prise de position qui suit porte seulement sur les symptômes de l'appareil locomoteur. L'appréciation du lien causal entre la problématique pulmonaire ou les crises d'hyperventilation d'une part, et l'activité professionnelle d'autre part, relève de la médecine du travail.

Parmi tous les diagnostics relatifs à l'appareil locomoteur mentionnés dans le rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ en date du 29 décembre 2010, aucun ne figure dans les diagnostics énumérés dans l'Article 9 paragraphe 1 de la LAA. Cela signifie qu'une origine professionnelle des symptômes exprimés par Mme F. \_\_\_\_\_ doit être avérée comme prépondérante (part causale de 75% ou plus) pour qu'une maladie professionnelle au sens de l'Article 9, paragraphe 2 de la LAA puisse être identifiée.

En ce qui concerne la tendovaginite de De Quervain, le rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ ne contient aucune observation clinique typique de cette tendinite (douleur à la pression au-dessus du processus styloïde radial dans la région du premier compartiment des tendons extenseurs, test de Finkelstein positif). Seules des "crépitations musculaires" sont mentionnées au début ; elles ne sont plus présentes le 29 décembre 2010. Selon toute vraisemblance, le diagnostic d'une tendovaginite de De Quervain a été surtout confirmé par le Dr Q. \_\_\_\_\_, rhumatologue appelé en consultation ; d'après le Dr L. \_\_\_\_\_, il est aujourd'hui décédé et son rapport ne figure pas dans les dossiers.

La tendovaginite de De Quervain (tendinopathie non inflammatoire des tendons du long abducteur du pouce et du court extenseur du pouce,

qui passent généralement dans le premier compartiment des extenseurs dans la région du processus styloïde radial) est quatre fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Par ailleurs, elles la contractent souvent pendant la grossesse et à l'âge préménopausal, signe d'influences hormonales. Ainsi, le sexe féminin de Mme F. \_\_\_\_\_ et son âge la prédisposent à une tendinovaginite de De Quervain. L'influence de l'âge se manifeste par le fait que Mme F. \_\_\_\_\_ a pu exercer la même activité professionnelle pendant 10 ans (depuis l'an 2000) sans souffrir de douleurs dans le premier compartiment des tendons extenseurs du côté droit, sans présenter de symptômes au sens d'une tendovaginite de De Quervain. Au moment où les premiers symptômes sont apparus en l'an 2010 (à l'âge de 53 ans), une tendinopathie dans la région du pied gauche a également été observée (rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ en date du 22 janvier 2010).

Une activité manuelle peut avoir des répercussions négatives dans la mesure où elle peut déclencher et entretenir les symptômes d'une tendovaginite de De Quervain (mais pas en être la cause principale). D'un point de vue ergonomique, il convient notamment de mentionner les mouvements d'extension répétitifs du pouce avec déploiement de force et contre résistance (par exemple la découpe de tôle avec une paire de ciseaux). Une telle sollicitation ne figure pas dans le rapport d'enquête sur le poste de travail élaboré le 17 mars 2011. En cas de prévalence de la pince bi-pulpaire entre le pouce et l'index n'induisant pas de déploiement de force (travail de précision), les tendons qui passent dans le premier compartiment des tendons extenseurs ne subissent aucune sollicitation de traction. Les mouvements de rotation répétitifs (pronation/supination) du poignet droit susmentionnés ont également lieu dans l'axe longitudinal de ces tendons et ne peuvent pas, d'un point de vue biomécanique, les soumettre à une traction. Par ailleurs, l'examen du poste de travail du 17 mars 2011 n'atteste pas les mouvements de pronation et de supination du poignet droit *contre résistance*, supposés dans le rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ en date du 29 décembre 2010.

En ce qui concerne les symptômes du rachis cervical et de la ceinture scapulaire (du côté droit depuis 2005, des deux côtés depuis 2010), il s'agit d'un tableau clinique aspécifique qui se manifeste souvent dans la population générale. Ainsi, de 14% à 71% des adultes se plaignent de douleurs nucales à un moment de leur vie et la prévalence sur un an des douleurs nucales chez l'adulte est comprise entre 16% et 75% [citation source]. Dans le cas de Mme F. \_\_\_\_\_, aucune sollicitation mécanique de la ceinture scapulaire et du rachis cervical au cours de l'activité professionnelle n'est identifiable. Par ailleurs, chez Mme F. \_\_\_\_\_ des symptômes sont apparus dans d'autres régions du corps, telles que le genou droit ou le pied gauche, qui ne sont pas non plus sollicités mécaniquement au cours de l'activité professionnelle. Enfin, un état dépressif qui influence défavorablement le tableau clinique diffus, réparti sur plusieurs régions du corps (en 2006, il a également été question d'une fibromyalgie), au sens d'une altération du traitement de la douleur, a également été observé chez Mme F. \_\_\_\_\_ (elle a consulté un psychiatre à ce propos). Cela renvoie à d'importants facteurs non professionnels, dans l'apparition comme dans le maintien du tableau clinique. La persistance de ces symptômes, même longtemps après l'interruption de l'activité physique, abonde également dans ce sens.

A la lumière de ces considérations, aucune origine professionnelle prépondérante des symptômes de l'appareil locomoteur de Mme

F.\_\_\_\_\_ en raison de son activité professionnelle ne peut être avérée du point de vue de la médecine des assurances au sens de l'Article 9, paragraphe 2 de la LAA".

Par certificat médical du 18 août 2011, le Dr L.\_\_\_\_\_ a relevé que sa patiente avait subi un accident de voiture, le 13 juillet 2011, qui avait renforcé toute la symptomatologie.

Par décision du 8 novembre 2011, la CNA a informé l'assurée qu'au regard des pièces versées au dossier, les conditions requises pour l'octroi de prestations n'étaient pas remplies.

L'assurée, par son avocat, s'est opposée le 9 décembre 2011 à cette décision.

A l'occasion d'un entretien téléphonique du 20 avril 2012 entre un inspecteur de la CNA et une employée de N.\_\_\_\_\_, cette dernière a indiqué ne pas désirer s'exprimer dans cette affaire.

Par décision sur opposition du 8 mai 2012, la CNA a maintenu sa position et rejeté l'opposition, retenant en substance que si l'on pouvait convenir que la tendovaginite de De Quervain avait pu être favorisée par l'activité professionnelle déployée auprès de l'entreprise N.\_\_\_\_\_, l'on ne saurait pour autant admettre que cette affection avait été causée exclusivement ou de manière nettement prépondérante par le travail accompli par l'assurée au poste "prémontage ressort + poulet".

**B.** Par acte du 8 juin 2012, F.\_\_\_\_\_, représentée par son conseil, Me Eric Cerottini, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que sa maladie professionnelle est reconnue et qu'elle a droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire. En substance, elle critique le rapport établi par l'expert V.\_\_\_\_\_, en expliquant que ce dernier n'a pas examiné l'outil de travail qu'elle utilisait mais le nouvel outil modifié entre-temps,

alors que l'outil dont elle se servait impliquait des mouvements répétitifs beaucoup plus sollicitant et le déploiement d'une force accrue, estimant que le rapport de l'expert V.\_\_\_\_\_ fait état d'une fausse représentation de ses conditions de travail. Elle déplore de n'avoir pas été présente lors de l'évaluation de son poste de travail, ni sa collègue, Mme [...], qui travaillait aussi à ce poste et souffrait des mêmes troubles qu'elle. A cet égard, elle relève que le travail a été démontré par Mme [...], employée depuis 2011 seulement, et ne travaillant à ce poste qu'en son absence ou celle de Mme [...]. Toujours dans ce contexte, elle relève que la position du Dr M.\_\_\_\_\_ est contredite par celles des Drs T.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, qui considèrent que ses mouvements du poignet droit avaient rencontré une certaine résistance. Pour elle, la position de la CNA est fondée sur une constatation incomplète et inexacte des faits pertinents, estimant qu'une nouvelle expertise de son poste de travail doit être effectuée, en sa présence, et avec l'outil qu'elle devait utiliser. Dans un autre moyen, elle déplore que le Dr M.\_\_\_\_\_ ne l'ait jamais personnellement examinée, estimant que l'instruction est aussi incomplète sur ce point. Pour elle, le fait que Mme [...], bien que plus jeune qu'elle, présente des atteintes similaires aux siennes, démontrent que l'argument du Dr M.\_\_\_\_\_ relatif aux facteurs de prédisposition est infondé. Elle requiert que cette collègue soit entendue. Dans un dernier moyen, elle relève à nouveau que l'appréciation du Dr M.\_\_\_\_\_ qui a nié toute causalité prépondérante entre la tendovaginite de De Quervain qui l'affecte et les mouvements répétitifs qu'elle exerçait sur son lieu de travail est contredite par celle des Drs T.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, ainsi que par l'expertise du [...]. Elle estime en outre que l'appréciation du Dr M.\_\_\_\_\_ est remise en cause par les examens IRM et les radios qu'elle a effectuées. Pour elle, l'appréciation du Dr M.\_\_\_\_\_, qui ne l'a pas examinée personnellement et dont il n'est pas certain qu'il ait eu connaissance de l'ensemble des documents médicaux, en particulier de l'expertise du [...], ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante. A titre de mesures d'instruction, elle requiert l'audition de Mme [...] ainsi que du médecin traitant de cette dernière, du Dr L.\_\_\_\_\_, une expertise judiciaire de son poste de travail par un expert indépendant ainsi qu'une expertise médicale judiciaire par un médecin indépendant.

Dans sa réponse du 23 juillet 2012, la CNA conclut au rejet du recours.

Dans sa réplique du 4 octobre 2012, la recourante maintient sa position. Elle ajoute avoir présenté une tendinopathie du pied gauche observée en 2010 par le Dr Z. \_\_\_\_\_ en raison du mouvement répétitif nécessité par le doseur à pédale à son poste de travail. Elle conteste le tableau récapitulatif de ses heures de travail, estimant qu'elle confectionnait 2'000 pièces par semaine, et qu'elle n'a donc pas produit que 12'784 pièces durant l'année 2010 de janvier à début septembre, expliquant que ses collègues, [...], [...] et [...], pourront le confirmer. Elle déplore encore qu'il ne soit fait référence qu'à l'année 2010 et non aux années antérieures. Elle a enfin précisé ses mesures d'instruction en requérant l'audition de Mmes [...], [...], [...], celles des autres employées présentes lors de l'évaluation du poste de travail et la production de pièces en mains de N. \_\_\_\_\_, ainsi qu'une audience d'instruction.

Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures. La recourante a demandé le 4 octobre 2012 la production en mains de N. \_\_\_\_\_ des ordres de fabrication des pièces qu'elle a confectionnées entre 2000 et 2010. Le même jour, elle a produit une attestation de [...] du 20 septembre 2012 selon laquelle elle confectionnait 2000 pièces par semaine, ainsi qu'une attestation de [...] indiquant également que la recourante préparait 2'000 pièces par semaine. Elle a également produit ses rapports d'heures de présence et d'absence pour les années 2000 à 2009.

**C.** Dans le cadre de l'instruction du recours, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, a produit un rapport de ses consultations de l'assurée à compter du 13 mars 2007, dont il ressort notamment ce qui suit:

"Les douleurs chroniques en cascade que présente cette patiente depuis quelques années ont été réactivées début septembre [2010] suite à un essai d'adaptation de son poste de travail. Au status orthopédique, je n'ai aucun élément objectivable permettant de suspecter une atteinte somatique précise. Dès lors, je n'ai aucune

proposition thérapeutique à formuler. Une maladie professionnelle de nature somatique me semble peu probable, mais il y a peut-être des facteurs non somatiques qui interviennent? Elle m'informe spontanément de son intention d'aller consulter prochainement un rhumatologue, ce qui j'espère permettra d'y voir plus clair".

Les parties ont ensuite été invitées à se déterminer sur le rapport médical du Dr Z.\_\_\_\_\_.

Le 18 mars 2013, la CNA a relevé qu'elle confirmait les conclusions prises dans ses dernières écritures.

Le 18 avril 2013, la recourante a quant à elle observé que le Dr Z.\_\_\_\_\_ avait relevé que la tendinopathie au pied gauche était survenue plusieurs années avant 2010, ce qui tendait selon elle à confirmer que sa cause ne venait pas de son âge. Elle répète que le Dr M.\_\_\_\_\_ aurait dès lors dû procéder ou faire procéder à des investigations supplémentaires pour obtenir des précisions sur les causes de cette tendinite.

Les 13 et 14 mai 2013, les parties ont renvoyé à leurs précédentes explications.

**D.** Le dossier de l'assurance-invalidité de la recourante a été produit le 19 août 2013.

Il comprend notamment les pièces suivantes:

- un formulaire de détection précoce du 12 octobre 2010, qui fait état d'une incapacité de travail totale de la recourante à compter du 2 septembre 2010,
- une demande de prestations AI du 17 décembre 2010, indiquant quant au genre de l'atteinte à la santé "maladie due aux mouvements répétitifs au travail" existant depuis le 2 septembre 2010,
- un rapport médical à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) du 11 février 2011 du Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui pose les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de troubles de l'adaptation avec humeur dépressive, de

difficultés liées à l'emploi et de maladie somatique (renvoyant sur ce point au médecin traitant),

- un rapport médical du 25 février 2011 du Dr T. \_\_\_\_\_ à l'OAI, dans lequel ce médecin retient les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de douleurs du poignet droit sur ténosynovite de De Quervain, de douleurs du coude droit épicondylaires et épitrochléennes et de douleurs scapulaires droites sur syndrome de l'angulaire de l'omoplate, estimant que moyennant un aménagement du poste de travail, la capacité de travail peut être reprise au taux de 40 à 50% initialement, puis augmentée progressivement,

- une communication de l'OAI du 6 juin 2011 selon laquelle une orientation professionnelle aurait lieu pour déterminer les possibilités de réinsertion de l'assuré,

- un projet de décision du 17 janvier 2012 selon lequel F. \_\_\_\_\_ n'a pas droit à des prestations de l'AI, sa capacité de travail demeurant entière dans une activité adaptée et son taux d'invalidité, de 10%, ne lui permettant pas d'obtenir une rente,

- un rapport médical du 13 juin 2012 des Desses D. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_, respectivement spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin assistante, au Dr L. \_\_\_\_\_, faisant suite à un séjour de la assurée à l'unité [...] (ci-après: [...]) de l'hôpital [...], au [...], du 7 au 25 mai 2012, dans lequel ces médecins ont posé les diagnostics d'épicondylite droite et arthrose débutante au niveau de l'apophyse coronoïde ulnaire, d'arthrose du carpe à droite, de cervicodiscarthrose C4-C7 et uncarthrose au même niveau, de chondropathie rotulienne et fémoro-tibiale interne, de fibromyalgie, d'état dépressif dans un contexte de conflit assécurologique, de goître multinodulaire, de status post tendinite de De Quervain à droite, de status post œdème du condyle fémoral interne post-traumatique, et de status post-pyélonéphrite bilatérale,

- un avis médical du 5 juin 2013 du Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), dont il ressort que les éléments médicaux nouveaux (rapport médical du Dr L. \_\_\_\_\_ du 13 avril 2013 et ses annexes, résumé du séjour au [...]) ne mettent pas en évidence de faits nouveaux ni d'aggravation de l'état de

santé, l'assurée se plaignant toujours de douleurs multiples, prédominant au membre supérieur droit. Le Dr R.\_\_\_\_\_ relève qu'elle est très focalisée sur ce qu'elle ressent comme une injustice, soit la non reconnaissance assécurologique de sa souffrance et la perte de travail.

Invitées à se déterminer sur le contenu du dossier AI, les parties ont une nouvelle fois maintenu leurs positions, la recourante ayant relevé que l'OAI n'avait pas encore statué sur le droit aux prestations.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1), s'appliquent à l'assurance-accidents selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20) (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). Elle prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, déposé en temps utile devant le tribunal compétent et respectant pour le surplus les autres conditions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre à des prestations d'assurance au titre de la maladie professionnelle pour les troubles annoncés à la CNA le 16 février 2011.

**3.** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont en principe allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies (art. 3 LPGA) 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 a dressé en annexe 1 de l'OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), la liste - exhaustive (RAMA 1988 n° U 61 p. 449; cf. également TF 8C\_165/2007 du 5 mars 2008 consid. 3.1) - des affections dues au travail.

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 136 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 183 consid. 2b, 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; RAMA 2000 n° U 408 p. 407) (cf. également TF 8C\_410/2009 du 10 novembre 2009 consid. 2).

Selon la jurisprudence, le point de savoir si une affection est une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA est d'abord une question relevant de la preuve dans un cas concret. Cependant, 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'art. 9 al. 2 LAA (ATF 126 V 183 consid. 4c et les références; voir également TFA U 381/01 du 20 mars 2003, consid. 3.2-3.3).

**4.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1 p. 396); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352; TF 9C\_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales 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 351 consid. 3a p. 352; TF 9C\_514/2011 du 26 avril 2012 consid. 4.2 et les références).

En matière d'appréciation des preuves, le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de

prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465; TF 8C\_255/2012 du 10 avril 2013 consid. 4.2).

**5. a)** La recourante ne disconvient pas que les troubles qu'elle allègue ne figurent pas dans les diagnostics énumérés exhaustivement dans l'annexe 1 de l'OLAA, admettant qu'il convient d'appliquer l'art. 9 al. 2 LAA pour déterminer s'il s'agit dans son cas d'une maladie professionnelle.

Il résulte de ce qui précède qu'une origine professionnelle des symptômes doit être avérée comme nettement prépondérante (plus de 75%, cf. supra consid. 3) pour que l'on puisse admettre l'existence d'une maladie professionnelle dont devrait répondre la CNA.

A cet égard, la CNA, se fondant notamment sur l'appréciation médicale du Dr M.\_\_\_\_\_, retient qu'il n'a pu être établi que les symptômes de l'appareil locomoteur que la recourante présente ont été causés exclusivement ou de manière prépondérante par l'exercice de son activité professionnelle. Pour sa part, la recourante fait valoir que le raisonnement du Dr M.\_\_\_\_\_ se fonde sur une constatation manifestement inexacte et incomplète des faits pertinents et qu'il est contredit par les avis des Drs T.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, ainsi que par l'expertise du [...].

**b)** En premier lieu, il convient de relever, avec la recourante, que l'expert qui a procédé à l'analyse de son poste de travail a constaté que l'utilisation de l'outil MMFZ5316 introduit en mai 2010 avait été jugée

problématique lors du contrôle des postes de travail effectué le 8 février 2011, de par les gestes sollicitant pour les poignets et les épaules. Cet outil a dès lors été mis hors service en février 2011 et n'a ainsi pu être observé en action. Or, pour permettre une appréciation adéquate du poste de travail de la recourante, l'outil utilisé en son temps aurait dû être examiné par l'expert. A cet égard, la seule production, par son employeur, des décomptes d'heures et du nombre de pièces réalisées par la recourante n'est pas suffisante pour déterminer concrètement ce en quoi consistait sa tâche. Au contraire, son poste de travail aurait dû être examiné dans la configuration qui prévalait lorsqu'elle y travaillait, le cas échéant en sa présence, ou à tout le moins en présence d'employées exerçant une tâche très comparable à celle de la recourante durant son temps d'activité pour [...]. Il y a dès lors lieu d'admettre qu'une nouvelle évaluation du poste de travail de la recourante se justifie afin de déterminer de façon précise et aussi concrète que possible ce en quoi consistait son activité, respectivement les gestes qu'elle était tenue d'exécuter dans ce contexte.

**c)** Sur le plan médical, aucun médecin ne s'est livré à un examen complet de la recourante à l'aune de la présente problématique, qui est de savoir si l'origine professionnelle des symptômes présentés par la recourante est nettement prépondérante.

Certes les médecins s'accordent sur le diagnostic de ténosynovite de De Quervain (ou tendovaginite de Quervain) (cf. rapport médical du Dr T.\_\_\_\_\_ des 12 octobre 2010 et 25 février 2011, rapport médical du Dr L.\_\_\_\_\_ du 29 décembre 2010, rapport d'expertise des Drs X.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ du 31 mars 2011), respectivement de tendinopathie (IRM du poignet droit du Dr G.\_\_\_\_\_ du 18 mars 2011, rapport médical du Dr W.\_\_\_\_\_ du 14 avril 2011), toutefois, aucun médecin n'a répondu à la question de la prédominance professionnelle de ses symptômes somatiques. Ainsi le Dr T.\_\_\_\_\_ a mentionné qu'une adaptation du poste de travail était nécessaire pour améliorer son ergonomie (cf. son rapport médical du 12 octobre 2010), mais n'a pas indiqué si les troubles étaient d'origine professionnelle nettement

prépondérante. Quant aux médecins du [...], les Drs X.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, ils ont bien expliqué ce qu'était une tendinite de De Quervain, les circonstances de son apparition, respectivement relevé qu'elle survient de façon nette chez les femmes entre 40 et 50 ans. S'ils ont relevé le facteur "favorisant" de l'activité professionnelle, et ont confirmé l'appréciation du Dr L.\_\_\_\_\_ dans son avis du 29 décembre 2010 qui estime que l'activité professionnelle actuelle n'est plus exigible, ils n'ont toutefois pas décrit s'il fallait admettre, à plus de 75%, que les troubles somatiques étaient dus à cette activité professionnelle. Quant au Dr M.\_\_\_\_\_, il n'a pas examiné personnellement la recourante mais s'est fondé sur son dossier pour livrer son appréciation du 4 juillet 2011. Or ladite appréciation est notamment basée sur le rapport de l'expert qui a procédé à l'examen du poste de travail de la recourante. Cependant ce rapport est sujet à caution pour les circonstances décrites ci-dessus (cf. let. b). Il appartenait en outre au Dr M.\_\_\_\_\_ d'examiner personnellement la recourante. Or ce médecin a essentiellement articulé son argumentation sur le fait que la tendovaginite de De Quervain est quatre fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes et que l'âge de la recourante l'y prédisposait.

Il découle de ce qui précède que des doutes suffisants subsistent quant à l'état de santé de la recourante, et plus particulièrement quant au point de savoir si les troubles qu'elle présente peuvent être attribués, à plus de 75%, à son activité professionnelle. Les pièces versées au dossier constitué permettent d'admettre que l'instruction de la cause doit être complétée, la Cour de céans n'étant, en l'état, pas en mesure de trancher la question qui lui est soumise, trop d'incertitudes persistant encore pour lui permettre de le faire.

Conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 4 supra), cette incertitude devrait être levée par l'avis d'un (ou plusieurs) spécialiste indépendant des parties. En l'occurrence, l'instruction s'avérant manifestement lacunaire sur les éléments déterminants pour la solution du cas concret, il se justifie de renvoyer l'autorité intimée à rendre une nouvelle décision, après que des experts indépendants, notamment un

expert orthopédiste et un expert en médecine du travail (cf. ATF 126 V 183 consid. 5b in fine; TFA U 341/03 du 17 septembre 2004 consid. 3), se soient prononcés, experts à mandater conformément à l'art. 44 LPGA. Les experts prendront notamment soin de préciser les troubles et les limitations que présente la recourante, en indiquant en outre si, et dans quelle mesure, ces troubles sont en lien avec l'activité exercée au service de N.\_\_\_\_\_, et dans l'affirmative, dans quelle proportion. Il appartiendra ensuite à l'intimée, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit éventuel de la recourante aux prestations sollicitées au titre de maladie professionnelle, en relation avec les troubles au membre supérieur droit.

Eu égard à l'état actuel de l'instruction (insuffisante), il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Dans le cas d'espèce, le renvoi est en effet justifié, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; TF 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012). Il ne se justifie pas non plus de procéder aux autres mesures d'instruction requises par la recourante, savoir en particulier l'audition de ses anciennes collègues de travail.

**6. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition du 8 mai 2012 annulée. La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**c)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 8 mai 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause étant renvoyée à cet assureur pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
  
- III. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à F. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
  
- IV. Le présent arrêt est rendu sans frais.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Eric Cerottini (pour F. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :