

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 mai 2015

Composition : M. MÉTRAL, président
MM. Bidiville et Berthourd, juges assesseurs
Greffier : M. Cloux

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourante, représentée par Me Flore Primault, avocate à Lausanne

et

S._____**SA**, à [...], intimée

Art. 9 al. 2 LPGA

E n f a i t :

A. Dès le 29 mars 2010, W. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) a travaillé pour la société [...] SA, en qualité de caissière de grand magasin. A ce titre, elle bénéficiait d'une couverture d'assurance-accidents auprès de la société S. _____ SA (ci-après : l'assurance).

A la suite d'un incident survenu le 6 juillet 2013 sur son lieu de travail, l'assurée a ressenti des douleurs dans le dos et dans le bras gauche.

La Dresse [...], spécialiste en radiologie, a effectué une IRM de la colonne cervicale de l'assurée le 2 septembre 2013, adressant le jour même à la Dresse T. _____, médecin praticienne et médecin-traitant de l'assurée, un rapport ayant notamment le contenu suivant :

"(...) Description :

C2-C5 : pas d'anomalie discale ni osseuse visible.

C5-C6 : déshydratation discale. Etalement discal circonférentiel. Petite protrusion discale postéro-médiane et para-médiane droite, sans effet de masse visible sur les structures nerveuses.

C6-C7 : déshydratation discale. Etalement discal et circonférentiel. Pas d'anomalie osseuse visible.

C7-D1 : pas de lésion décelable.

Pas de canal cervical étroit. Pas de rétrécissement foraminal. Pas de lésion de remplacement médullaire osseux. Pas de listhésis

Cordon médullaire d'aspect normal, sans myélopathie. Charnière cervico-occipitale sans particularité. Tissus mous périrachidiens d'aspect physiologique.

Conclusion :

Discopathies C5-C6 et C6-C7. Petite protrusion discale C5-C6 postéro-médiane droite sans évidence de conflit radiculaire."

A la demande de l'assurée, l'employeur de cette dernière a transmis à l'assurance une déclaration de sinistre du 11 octobre 2013 décrivant l'incident du 6 juillet 2013 dans les termes suivants :

"(...) En été, W. _____ soulève souvent des sacs de terreau. A la caisse, en soulevant des sacs de terreaux, elle a senti une douleur dans le dos ainsi qu'au bras gauche. Mais plus tard, elle a également des douleurs au coude droit. Selon son médecin, ces douleurs sont

du (sic) à des mouvements répétitifs et à des efforts répétitifs. W._____ veut qu'on annonce ce cas en tant qu'accident. Une fois que W._____ a raccroché, elle m'a rappelé dix minutes plus tard pour me dire qu'elle se souvient que dans la même journée, à la caisse, elle avait le bras dehors et qu'un client est venu tout lentement et il a forcé son bras jusqu'à derrière, la même journée. Ce cas est déjà pris en compte par notre assurance-maladie [...]. (...)"

Dans un certificat médical du 15 octobre 2013, la Dresse T._____ a fait état d'une "douleur du bras gauche + cervicale", retenant le diagnostic de troubles musculo-squelettiques. Elle a en outre décrit un état amniodépressif dans le cadre d'un conflit de travail. Elle a retenu une incapacité de travail totale du 11 juillet au 25 août 2013, à 50% du 4 au 29 septembre 2013 puis à nouveau totale dès le 30 septembre 2013.

Le 17 octobre 2013, le Dr D._____, spécialiste en rhumatologie, a exposé que "les troubles actuels (pouvaient) s'intégrer dans un contexte de fibromyalgie à rapporter au moins en partie à son activité professionnelle".

Remplissant un questionnaire de l'assurance le 22 octobre 2013, l'assurée a pour l'essentiel précisé que le vendredi 5 juillet 2013, elle avait été frappée par le chariot d'un client puis avait passé l'après-midi à soulever des poids et à faire des mouvements répétitifs à sa caisse, celle-ci n'étant pas équipée d'un tapis roulant. Elle a alors senti des douleurs et des elongations au bras et au dos, sans pouvoir maintenir son rythme de travail. Cette description diverge de la déclaration d'accident précitée du 11 octobre 2013 sur le point de la date de l'incident, située le vendredi 5 juillet 2013 et non le lendemain. L'assurée s'étant systématiquement référée au 6 juillet 2013 dans ses écritures ultérieures (cf. *infra*), cette date sera retenue comme celle de l'incident.

Le 27 octobre 2013, O._____, physiothérapeute, a établi une attestation selon laquelle l'assurée souffrait de douleurs chroniques au niveau cervical avec irradiations dans les membres supérieurs, l'apparition de ces douleurs ainsi que leur aggravation étant notamment dues à son emploi de caissière et à des mouvements répétitifs.

Dans un rapport établi le 1^{er} novembre 2013 dans le cadre d'une procédure de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI), le Dr D._____ a retenu les diagnostics de trouble musculosquelettique, faisant état d'une douleur diffuse "(cervicales/trapèzes/région lombaire)", d'une asthénie et de douleurs thoraciques. Il a indiqué que l'assurée se trouvait en incapacité de travail totale du 31 octobre au 14 novembre 2013, estimant que le pronostic était médiocre.

Dans un avis médical (*medizinische Beurteilung*) du 13 janvier 2014, le médecin-conseil de l'assurance, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, s'est déterminé sur le dossier de l'assurée. S'agissant de la prise en charge de l'événement au titre de l'assurance-accidents, il a exposé que le rapport de causalité naturelle entre l'incident et les blessures musculosquelettiques n'apparaissait au mieux que comme possiblement vraisemblable (*möglich wahrscheinlich*) et que les douleurs, qui n'avaient été ressenties que par la suite, n'entraient pas dans le déroulement typique d'un accident et devaient être rattachées à des efforts de travail répétitifs. Il a ainsi exclu la prise en charge des traitements postérieurs au 6 juillet 2013. Concernant la question d'une maladie professionnelle, il a exposé que le médecin-traitant de l'assurée (réd. : le Dr D._____) considérait que la cause des douleurs était une fibromyalgie, cette affection n'étant pas une maladie professionnelle, mais une maladie sous-jacente (*Grunderkrankung*) intervenue indépendamment de l'activité professionnelle.

Par courrier du 5 février 2014, l'assurance a refusé de prendre en charges les suites de l'événement du 6 juillet 2013, se référant aux conclusions du Dr X._____.

L'assurée a bénéficié d'une orientation professionnelle de l'AI. Dans ce cadre, elle a fait l'objet d'un rapport de la société de réinsertion professionnelle [...] SA du 3 mars 2014, où il est notamment indiqué ce qui suit :

"(...) Voici les observations complémentaires de notre physiothérapeute :
« W. _____ souffre d'une hypertension musculaire au niveau de la nuque et des épaules, qui est due aussi à sa posture. Il y a selon moi un signe de problèmes au niveau de la colonne cervicale. Je l'ai encouragée à reprendre peu à peu quelques activités physiques (marche, yoga, natation, car aujourd'hui elle bouge très peu. Cela pourrait l'aider pour améliorer la fatigue générale constante dont elle dit souffrir. »
(...)"

Sur interpellation de l'assurée, désormais assistée de son conseil, Me Flore Primault, l'assurance a rendu une décision formelle le 5 mars 2014 confirmant son courrier du 5 février 2014.

L'assurée s'est opposée à cette décision le 21 mars 2014, concluant à son annulation et - implicitement - à l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance-accidents. Se référant aux rapports des Dr T. _____ et D. _____ des 3 et 17 octobre 2013 ainsi qu'à l'attestation du physiothérapeute O. _____ du 27 octobre 2013, elle a fait valoir que ses troubles de santé étaient en relation directe avec l'incident du 6 juillet 2013. Elle a par ailleurs relevé que la liste des maladies professionnelles de l'Organisation internationale du travail (ci-après : l'OIT) comprenait un point 2.3.8 incluant les "autres maladies musculo-squelettiques non mentionnées aux entrées précédentes en rapport avec l'activité professionnelles", qui recouvrirait les troubles ici en cause. A l'appui de cette opposition, l'assurée a produit un guide d'aménagement de travail pour caissières de supermarché, un article de *l'International journal of industrial ergonomics* de l'année 2004 portant sur cette profession, ainsi qu'une publication du mois de décembre 2013 de la Dresse Sophie Rusca, spécialiste en médecine du travail, intitulée "Troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs, incidence et prévention".

Par décision sur opposition du 23 juillet 2014, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assurée. Elle a en particulier considéré qu'elle n'avait pas à prendre en charge les troubles de santé de l'assurée au titre d'une maladie professionnelle, dans la mesure où il n'était pas établi que

ceux-ci avaient été causés à raison d'au moins 75% par l'exercice de l'activité de caissière.

B. Par acte du 10 septembre 2014, W._____ a recouru contre cette décision sur opposition. Contestant le diagnostic de fibromyalgie et se référant aux considérants de l'arrêt TF 8C_410/2009 du 10 novembre 2009, elle a pris les conclusions au fond suivantes, avec suite de frais et dépens :

"(...) PRELIMINAIREMENT

- **Mandater** un expert judiciaire afin qu'il se prononce sur le point de savoir si les troubles musculo-squelettiques présentées (sic) par W._____ sont causées (sic) de manière prépondérante (plus de 75%) par son travail auprès de [...] SA;

PRINCIPALEMENT

- **Annuler** la décision sur opposition de la S._____SA du 23 juillet 2014 prise à l'encontre de W._____;
- **Constater** que W._____ a droit aux prestations LAA, soit notamment au versement des prestations LAA dès et y compris le 11 juillet 2013;
- **Débouter** la S._____SA de toutes autres, plus amples ou contraires conclusions;

SUBSIDIAIREMENT

- **Annuler** la décision sur opposition de la S._____SA du 23 juillet 2014 prise à l'encontre de W._____;
- **Renvoyer** le dossier auprès de la S._____SA pour une instruction complémentaire dans le sens des considérants de l'arrêt à venir;
- **Débouter** la S._____SA de toutes autres, plus amples ou contraires conclusions."

Répondant le 17 novembre 2014, l'assurance a conclu au rejet du recours, avec suite de frais et dépens. Elle a en particulier relevé que les douleurs invoquées par la recourante étaient répandues dans toute la population, produisant divers articles publiés sur Internet à l'appui de cette allégation (article du Programme national de recherche PNR 53 intitulé "Santé musculo-squelettique - douleurs chroniques"; extrait du site Internet www.rueckenschmerzen.wordpress.com).

Dans leurs écritures postérieures des 2 décembre 2014 et 19 janvier 2015, la recourante puis l'assurance ont maintenu leurs positions respectives.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981; RS 832.20]).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) devant le tribunal du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), qui statue en instance unique (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence échoit à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]).

L'acte de recours, qui doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA), doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Ce délai ne court pas du 15 juillet au 15 août inclus, l'échéance étant reportée au premier jour ouvrable lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal (art. 60 al. 2 et 38 al. 3 et 4 let. b LPGA).

b) La décision sur opposition litigieuse du 23 juillet 2014 a été notifiée durant les fêtes d'été, de sorte que le délai de recours a commencé à courir le 16 août 2014 pour échoir - trente et un jours plus tard, conformément à l'art. 38 al. 3 LPGA - le lundi 15 septembre 2014.

Déposé le 10 septembre 2014, le recours - qui remplit les conditions légales de forme - a ainsi été interjeté en temps utile, de sorte qu'il est recevable.

2. Est en l'espèce litigieux la qualification des troubles de santé de la recourante comme maladie professionnelle et, partant, son droit aux prestations de l'assurance-accidents.

3. a) En vertu de l'art. 9 LPGA, 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 (al. 1 *in initio*), cette notion comprenant aussi 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).

Seule entre ici en ligne de compte une éventuelle autre maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA.

Selon la jurisprudence, l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante avec l'activité professionnelle est réalisée lorsque la maladie est due pour 75 % au moins à l'exercice d'une telle activité (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; RAMA 2000 n° U 408 p. 407; pour le tout cf. TF 8C_585/2013 du 15 septembre 2014 consid. 3.1).

b) On relèvera d'abord que les troubles de la recourante n'ont pas pu être rattachée à une atteinte organique, seules des discopathies C5-C6 et C6-C7 ayant été constatées, celles-ci représentant toutefois des affections banales.

Cela étant, le Dr D. _____ a relevé, dans son rapport du 17 octobre 2013, que les troubles de santé de l'intéressée "pouvaient se

rapporter à un contexte de fibromyalgie". La recourante fait grand cas de cette formulation, soutenant que ce praticien n'a pas formellement retenu le diagnostic de fibromyalgie. Il est largement douteux que cet avis puisse être suivi, le Dr D. _____ - dont l'avis de spécialiste en rhumatologie prévaut sur celui de la Dresse T. _____ - ayant expressément désigné une telle atteinte dans son rapport, à l'exclusion de tout autre diagnostic. Ce n'est que par la suite, dans un rapport du 1^{er} novembre 2013 établi alors qu'une procédure de l'AI était déjà pendante, qu'il a retenu des troubles musculo-squelettiques.

Ce point n'est toutefois pas décisif en l'espèce. Il ressort en effet des études et articles produits par les deux parties que les atteintes musculo-squelettiques sont très répandues dans la population active, indépendamment de l'activité professionnelle des personnes concernées. Ainsi, la Dresse Rusca expose, dans son article du mois de décembre 2013, que ces troubles constituent "l'une des pathologies professionnelles les plus répandues dans les pays industrialisés", les troubles des membres supérieurs étant par ailleurs définis comme "des maladies multifactorielles à composante professionnelle". De son côté, le résumé des travaux du Programme de recherche PNR 53 mentionne que "près d'un tiers des consultations médicales en Suisse concernent des douleurs musculosquelettiques".

Il découle certes de ces exposés concordants - dont la pertinence dans le cas d'espèce est confirmée par les constatations du Dr D. _____ et par l'avis du Dr X. _____ - que l'activité professionnelle est certes fréquemment une cause de troubles musculo-squelettiques, mais sans que l'on puisse pour autant y reconnaître un lien de causalité qualifié d'au moins 75% exigé par la jurisprudence. Les constatations publiées dans *l'International journal of industrial ergonomics*, où il est relevé que 70% des cinquante caissières interrogées dans le cadre d'une étude menée en 1999 au Etats-Unis avaient fait état de troubles musculo-squelettiques, n'y changent rien. En effet, la recourante ne saurait se prévaloir, même à titre d'indice, d'une étude menée sur un autre continent près de quinze ans avant les faits du cas d'espèce.

On rappellera finalement que la Liste des maladies professionnelles de l'OIT, dans sa version révisée en 2010 (accessible parmi les publications de l'OIT : www.ilo.org/safework/info/publications/lang--fr/index.htm), prend la forme d'une Recommandation n° 194 non contraignante pour les états membres. Ceux-ci sont invités à établir une liste nationale des maladies (cf. ch. 2) et à la mettre à jour en tenant compte des maladies détaillées en Annexe (ch. 3). En l'état, le droit suisse ne mentionne toutefois aucune maladie correspondant au ch. 2.3.8 de l'Annexe, de sorte la recourante ne peut rien en tirer dans le cas d'espèce.

4. L'autorité peut renoncer à procéder à des mesures d'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de forger sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 140 I 285 c. 6.3.1 et les nombreux arrêts cités).

En l'absence d'étiologie organique mise en évidence par les examens pratiqués sur la recourante, il ne se justifie en l'occurrence pas de mettre en œuvre l'expertise requise par la recourante.

5. a) Il s'ensuit le rejet du recours et la confirmation de la décision sur opposition litigieuse du 23 juillet 2013.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite, (art. 61 let. a LPGA) ni d'allouer des dépens à la recourante, qui succombe (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours interjeté le 10 septembre 2014 par W._____ est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 23 juillet 2014 par S._____SA est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Flore Primault (pour W._____),
 - S._____SA,
 - 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).

Le greffier :