

GE_GERICHTE ATAS/664/2013 vom 25. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_664_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/664/2013 du 25 juin 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/664/2013 del 25 giugno 2013

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1er al. 1er LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents à moins que la LAA n'y déroge expressément.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), les recours des 22 avril et 29 avril 2010 sont recevables.

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-accidents et, singulièrement, sur la question de savoir si tout ou partie des troubles diagnostiqués doivent ou non être qualifiés de maladie professionnelle.

E. 5

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

A/1418/2010 - 31/41 - nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (al. 2). Sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée. Une maladie professionnelle est réputée déclarée dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler (al. 3). Selon l'annexe 1 (ch. 1 a) à l'ordonnance sur l'assurance-accident du 20 décembre 1982 (OLAA; RS 832.202) édictée en application de

l'art. 9 al. 1 LAA, la paralysie nerveuse par pression est une maladie professionnelle. Le Tribunal fédéral a confirmé que le syndrome du tunnel carpien est une telle affection (arrêts non publiés du 2 février 1996, U 203/93 et du 2 juillet 1997; U 176/96). 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 141 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 119 V 200 consid. 2b et la référence). L'affection doit être au minimum 4 fois plus fréquente dans le métier exercé par l'assurée que dans la population générale pour que l'on puisse considérer que la maladie a été causée de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (ATF 126 V 186 consid. 2b, 119 V 201 consid. 2b et la référence). Si les données statistiques font défaut, il faut utiliser les données cliniques (cf. arrêt du 22 septembre 2000 dans la cause U 235/99). 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). Ainsi que l'a relevé MAURER (Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 222), 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 186 consid. 2 b). c) A plusieurs reprises, le Tribunal fédéral des assurances a examiné la question de savoir si l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante au sens de l'art. 9 al. 2 LAA est à apprécier principalement sur le vu des bases épidémiologiques médicalement reconnues ou si, au contraire, ce sont les circonstances particulières de l'occupation professionnelle qui doivent prévaloir (notamment ATF 126 V 183 ; RAMA 2000 N° U 408, p. 407). Dans ces affaires, la Haute Cour a rappelé que, en médecine générale, la relation de cause à effet ne peut

A/1418/2010 - 32/41 - 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 189, consid. 4c et les références). Le Tribunal fédéral a admis l'existence d'une maladie professionnelle sur la base d'une expertise judiciaire détaillée, qui indique notamment que, d'après l'enquête sur les symptômes et les diagnostics menée auprès des collaborateurs de l'unité en question, la prévalence des diagnostics d'épicondylite radiale, de tendinite du poignet ou de l'avant-bras ainsi que du tunnel carpien était d'au minimum quatre fois plus importante dans le groupe de monteurs présents dès la mise en service de l'unité que dans une population active également exposée au risque. A cet égard, l'experte judiciaire s'était aussi référée à l'étude de prévalence des troubles musculo- squelettiques du membre supérieur dans la population active en France faite par Roquelaure. Si l'on prenait uniquement en considération l'épicondylite, la prévalence était dix fois supérieure à celle observée dans la population générale. Sur la question d'un lien de causalité entre une surcharge professionnelle du système main-bras et une épicondylite radiale, d'autres études récentes basées sur des expérimentations avec des animaux venaient également confirmer que la performance de tâches répétitives et/ou demandant de la force causait des microtraumatismes et que ces blessures conduisaient à une inflammation locale A/1418/2010 - 33/41 - suivie de changements fibreux et structurels des tissus. (Arrêt du 10 novembre 2009; 8C_410/2009;T 0/2).

E. 6

En l'espèce, les recourantes soutiennent que les TMS dont souffre l'assurée sont des maladies professionnelles, en se fondant sur l'expertise du Dr B _____, le rapport d'ERGORAMA et l'expertise judiciaire, alors que l'intimée le conteste, en se fondant essentiellement sur les appréciations médicales du Dr G _____. Malgré le renvoi du dossier fin 2007, l'instruction menée par l'intimée n'a pas porté en détail sur l'entreprise, ni sur l'anamnèse et le tableau clinique de l'ensemble des assurées, qui n'ont d'ailleurs pas été soumises à un examen clinique, de sorte que la Cour de céans a ordonné une expertise de médecine du travail confiée à la Dresse J _____, médecin répondant de l'Institut de santé au travail, qui s'est adjoint le concours d'un médecin et d'un ergonome. Le rapport d'expertise du 27 mars 2012 se fonde sur l'ensemble du dossier juridique, médical et ergonomique transmis par la Cour, ainsi que sur un examen clinique de l'assurée, une anamnèse personnelle, professionnelle, sociale et familiale, un rapport d'évaluation ergonomique, un rapport de visite de l'entreprise et des études de prévalence des troubles concernés dans ce domaine professionnel.

E. 7

Les éléments discutés dans le rapport d'expertise peuvent être résumés ainsi:

E. 7.1

Sur le plan diagnostique, l'experte confirme les diagnostics posés par les médecins traitants de l'assurée soit un syndrome du tunnel carpien gauche, un kyste teno-synovial à la base du IIIème doigt de la main droite et une épicondylite latérale droite. Le status clinique au jour de l'expertise relève un BMI de 28, mais l'anamnèse précise que ce dernier était de 22 en 2002 et mentionne les constatations objectives faites sur le plan ostéo articulaire au niveau des douleurs et de la mobilité. Il ressort de l'anamnèse que l'assurée, droitrière, a ressenti l'apparition progressive des douleurs au poignet gauche dès 1992 et à l'épicondyle dès 2000.

E. 7.2

Sur le plan ergonomique, il ressort de l'anamnèse que l'assurée a travaillé de 1972 à 1982, puis de 1988 à 2002, soit durant 24 ans (sauf une période de chômage technique de quelques mois fin 1993) à l'activité de garnissage et de couverture des écrins, dont l'activité est détaillée. Les mouvements décrits par l'assurée sont confirmés par l'analyse ergonomique faite dans l'entreprise. L'activité a lieu en position assise, en élévation des bras, coudes en abduction et sans appui des avant-bras. Elle implique, dans le cadre d'un travail manuel répété et sous cadence, sans alternance, des positions articulaires extrêmes répétées des poignets et des doigts des deux mains, le détail des postures de chaque main étant mentionné. Les gestes à risque de SCC, d'épicondylite ou de tendinite de De Quervain (tirer et tendre le cuir, replier les bords du cuir, lisser et frotter le coffret, tout en maintenant fermement le coffret) impliquent des mouvements de flexion des doigts, de supination du poignet, d'extension du poignet et des doigts et d'abduction du pouce et représentent 71% du temps de travail pour le membre non dominant et 59%, pour le membre dominant, étant précisé que le solde de ce temps n'est pas consacré à de la récupération, mais implique d'autres mouvements (élévation de l'épaule, adduction du pouce, etc.). Un cycle de production (soit un coffret) dure environ 5 minutes durant lesquelles les ouvrières tirent une soixantaine de fois sur le cuir. Ainsi, la force développée couplée avec une grande répétitivité et le maintien de positions contraignantes sur de longues périodes sont un facteur de risque évident de TMS, tels que SCC, épicondylite ou tendinite de De Quervain. La comparaison des activités confiées aux femmes et aux hommes révèlent une large gamme de mouvements, des gestes amples du corps dans son entier et de lourdes charges pour les premiers et des postures statiques, des positions statiques articulaires contraignantes, des mouvements des membres supérieurs en force et une importante répétitivité.

E. 7.3

Sur le plan de la prévalence des symptômes et des diagnostics, il ressort de l'enquête menée par l'experte auprès des ouvriers de l'entreprise que 75% des travailleurs actuels souffrent de TMS au niveau des membres supérieurs. Sur 36 personnes, 17 prennent des antalgiques et 4 ont été opérées. Comparée aux données de Roquelaure (population de travailleurs) et aux données de Shiri (population générale), la prévalence des symptômes et des diagnostics est au minimum 4 fois plus grande dans l'entreprise [pour le SCC-douleurs poignet/main, symptômes: 21, diagnostics 9 (Roquelaure) et 5 (Shiri); pour l'épicondylite-douleurs coude/avant-bras: symptômes 7, diagnostics 10 (Roquelaure), 12 (Shiri)]. La prévalence des diagnostics doit être considérée avec prudence, les diagnostics mentionnés par les travailleurs n'ayant pas été vérifiés par l'expert, mais les symptômes rapportés sont fiables. Au surplus, l'enquête montre que le nombre de douleurs TMS augmente significativement avec l'ancienneté, ce qui n'est pas le cas de l'âge.

E. 7.4

S'agissant des facteurs de risques, dans le cas de l'assurée, presque tous les facteurs de risques professionnels reconnus par la littérature récente sont présents, soit la force de préhension importante pour les deux mains, les mouvements de

A/1418/2010 - 36/41 - précision avec la main droite notamment, les mouvements répétitifs des deux mains durant 24 ans et les positions articulaires extrêmes des deux côtés, pour les

poignets, doigts, coudes et épaules, alors que parmi les facteurs individuels ou prédisposant, seuls le sexe féminin, la race blanche et la main dominante pour l'épicondyle sont retenus, l'experte excluant en particulier l'obésité, le diabète, le tabagisme, l'âge, la dépression et toutes les activités (sport, jardinage, etc.).

E. 7.5

En conclusion, l'experte retient que, compte tenu de l'activité manuelle exercée à 100% durant 24 ans, de l'exposition à des risques spécifiques cumulés, du poids négligeable des facteurs prédisposant individuels et extra-professionnels, le lien de causalité entre le SCC et l'activité professionnelle est prépondérant et le lien de causalité entre le kyste ténosynovial (dont la littérature admet qu'il fait partie des TMS apparaissant dans ce cadre des risques sus décrits), l'épicondylite et l'activité professionnelle est nettement prépondérant. L'experte précise que Roquelaure établit que le SCC et l'épicondylite sont parmi les TMS les plus fréquemment retrouvés chez les travailleurs et que Palmer retient des facteurs de risque professionnel associés à l'épicondylite, après ajustement avec les autres facteurs (âge, poids, dépression, etc.) tels que bras tendus et surélevés, postures articulaires extrêmes, mouvements répétitifs des bras, de précision des membres supérieurs et ports de charge. Bien que le diagnostic ait été posé en 2005, trois ans après la fin de l'activité, l'assurée présentait en 2000 déjà des douleurs localisées dans le coude droit rythmées par l'activité professionnelle.

E. 7.6

S'agissant de l'avis du Dr G _____, l'experte relève que les critères que ce dernier retient pour admettre une maladie professionnelle sont tous remplis : diagnostic de SCC correctement posé, SCC unilatéral, causes extra professionnelles écartées, exposition professionnelle du point de vue ergonomique démontrée, effet "dose-réponse" certain, relation de temps plausible entre le début de l'atteinte professionnelle et l'apparition d'un SCC. L'appréciation médicale du Dr G _____ n'est pas fondée sur l'examen de l'assurée et des détails importants manquent donc. En particulier : il retient un SCC à droite, alors qu'il est à gauche, tout en n'ayant pas déterminé quelle est la main dominante; il n'a pas procédé à une anamnèse professionnelle poussée s'agissant des mouvements et gestes de l'activité déployée. Outre le fait que la littérature ne retient pas l'âge de 41 ans comme étant "typique" pour la survenue de TMS, mais entre 50 et 60 ans, il s'avère que les études scientifiques admettent que c'est la durée d'exposition qui est le facteur de risque déterminant. La relation plausible entre la dose et l'effet et la relation de temps plausible entre exposition et la survenue des symptômes sont confirmées par les rapports d'ERGORAMA et de M. L _____, ainsi que par les dires de M. O _____ et le rapport de visite de M. E _____, bien que ce dernier relativise les efforts et les postures contraignantes. S'agissant du temps de latence entre le début de l'exposition et la survenue des premiers symptômes, la littérature retient qu'il peut être de 1 à 5 ans tout comme de 10 à 20 ans, de sorte que, compte tenu de la difficulté à discriminer de façon absolue l'impact de l'âge et de la

A/1418/2010 - 37/41 - dégénérescence naturelle des tissus des facteurs professionnels qui apparaissent ensemble, il faut se baser sur les résultats de l'analyse ergonomique, qui est le principal facteur décisionnel pour expliquer le lien de causalité entre TMS et travail. S'il est vrai que la prévalence du SCC est plus élevée chez les femmes et que cela s'explique en partie par des facteurs hormonaux, il est relevé par des études que les femmes sont plus

souvent occupées à des activités professionnelles manuelles avec des contraintes à risque. Finalement, le Dr G_____ élude les facteurs de risque professionnels et semble en 2008 remettre en cause le diagnostic de SCC pourtant admis en 2004.

E. 7.7

Pour l'ensemble des assurées, l'experte conclut que le risque de contracter des TMS dans cette population d'ouvrières affectées à un travail dans la gainerie- maroquinerie et exposées à des risques professionnels avérés et reconnus est au moins 2 fois, respectivement 4 fois plus élevé que celui observé dans un groupe comparable non exposé, ce d'autant que les facteurs prédisposant individuels et extra professionnels sont absents ou négligeables. Le taux de prévalence reste extrêmement élevé en 2011, alors que les conditions de travail sont meilleures par rapport aux années 2000 et précédentes, de sorte qu'il n'y a pas de raison de penser que la prévalence des TMS ait été alors inférieure. L'hétérogénéité des diagnostics posés chez l'ensemble des assurées concernées n'est pas étonnant. D'une part, chaque individu a sa gestuelle et met en œuvre une stratégie d'adaptation différente. D'autre part, tous les TMS sont localisés aux membres supérieurs, mais les assurées n'ont pas toujours exercé la même activité, ce qui explique les diverses localisations.

E. 7.8

En guise de remarques et propositions finales, l'experte relève que dans les années 2000, seules des femmes occupaient les postes de gainerie, alors que des hommes y sont désormais affectés. Or, sur 8 hommes présents, 4 présentaient des douleurs au coude/main/poignet, soit 50% de l'effectif masculin. Sur 36 employés, les 9 personnes qui ne présentaient pas de symptômes étaient 6 apprentis ou stagiaires, en moyenne âgés de 29 ans et en poste depuis 19 mois et 3 hommes en moyenne âgés de 46 ans et en poste depuis 7 ans, affectés au collage et à la découpe. Le 75% des travailleurs symptomatiques avaient en moyenne 46 ans et 16 ans d'ancienneté, de sorte que le facteur ancienneté est statistiquement significatif, au contraire de l'âge et du sexe féminin. Dans le cas des assurées, quelques facteurs de risque psychosociaux liés au travail ont été relevés, tels que le manque d'autonomie, l'intensification de la charge de travail et le manque de reconnaissance du travail effectué, contrebalancé par le plaisir du travail, mais les facteurs de risque professionnels liés à l'activité de gainerie sont importants et la cause prépondérante et nettement prépondérante des TMS.

E. 8

La Cour considère ainsi que l'expertise judiciaire doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Le rapport se fonde sur l'examen médical de l'assurée et une anamnèse précise, il est établi en pleine connaissance de l'ensemble du dossier, les

A/1418/2010 - 38/41 - questions litigieuses importantes ont fait l'objet d'une étude fouillée, du point de vue ergonomique et de celui de la prévalence. Enfin, les conclusions de l'experte sont bien motivées, claires et étayées par la littérature scientifique la plus récente. L'intimée met en cause la valeur probante de l'expertise sur plusieurs points, en se fondant sur les avis du Dr G_____, en particulier celui du 24 mai 2012.

E. 8.1

Il faut d'abord relever que l'analyse ergonomique de l'expertise, détaillée et illustrée par des photographies des ouvrières en poste et un film des mouvements et gestuelles des assurées, n'est pas remise en cause. Il s'avère d'ailleurs que les constatations faites rejoignent celles de

l'institut ERGORAMA et que la comparaison des gestes montrés par les assurées avec ceux examinés sur place lors de l'expertise démontre que l'activité est restée semblable, voire même que les conditions de travail en 2011 sont meilleures que dans les années 2000 et antérieures. Ainsi, la description faite de l'activité par le Dr E _____ en 2003 minimise très largement la répétitivité, la force utilisée et les postures contraignantes. De même, la variation des activités, l'alternance des postes de travail et la répartition des activités selon les diverses étapes de fabrication entre les ouvrières alléguées par le Dr E _____ sont clairement contredites par l'anamnèse, les constatations faite par l'experte et par ERGORAMA et par les affirmations de M. O _____. L'assurée n'a donc connu aucune alternance des tâches. Il est ainsi établi, et non contesté par l'intimée, que l'assurée a été soumise durant 24 ans, d'abord 10 ans de 1972 à 1982, puis 14 ans de 1988 à 2002, à une activité combinant une force de préhension importante, des mouvements précis et répétitifs, une cadence élevée et des postures extrêmes prolongées et répétées du poignet et des mains, ainsi que des positions bras tendus et surélevés, c'est-à-dire l'ensemble des facteurs de risques professionnels reconnus pour le SCC, le kyste ténosynovial et l'épicondylite. Dans le même sens, les constatations objectives ressortant de l'examen médical, ainsi que l'anamnèse médicale, personnelle et professionnelle établies par l'expertise ne sauraient être remises en cause sur la base des appréciations médicales "sur dossier" du Dr G _____, qui n'a jamais rencontré les assurées. On relève encore que les critiques de la SUVA quant aux graves lacunes de l'expertise qui ne tiendrait pas compte des pièces importantes tombe à faux, le seul document manquant étant celui que la SUVA a omis de produire et l'experte ayant expressément mentionné dans les pièces examinées pour le cas de Madame T _____, le rapport du Dr AA _____, qu'on lui reproche à tort d'ignorer.

E. 8.2

La SUVA fait grief en premier lieu à l'expertise de ne pas expliquer le processus pathophysiologique par lequel le cumul d'effets mécaniques engendrerait un SCC. Or, l'experte a répondu de façon détaillée à cette question lors de son audition par la Cour, en expliquant le processus lésionnel et inflammatoire produit par l'hypersollicitation, sans qu'il soit besoin d'y revenir (cf. point 35 let. e en fait).

A/1418/2010 - 39/41 - Malgré ces éclaircissements, la SUVA persiste à contester les effets du cumul mécanique arguant du fait que le tableau pathophysiologique est toujours le même, y compris chez des patients souffrants de SCC sans avoir été soumis à une activité professionnelle astreignante. D'une part, l'existence de pathologies similaires sans exposition professionnelle n'enlève rien à la pertinence de l'explication quant à la relation de cause à effet entre celle-ci et la pathologie évoquée, compte tenu de l'hypersollicitation avérée sur une longue période. D'autre part, l'experte se fonde sur des études plus récentes, plus précises et emportant un consensus scientifique pour retenir que les TMS découlent d'hypersollicitations, et expose clairement pourquoi le score de Bradford Hill n'est pas déterminant, les autres études citées par le Dr G _____ étant soit anciennes, soit peu déterminantes, eu égard à la population observée ou aux critères d'examen limités. L'avis du Dr G _____ ne permet donc pas de remettre sérieusement en doute les conclusions de l'experte judiciaire.

E. 8.3

L'intimée soutient en deuxième lieu que l'expertise ne démontre pas que le facteur de la durée de l'exposition serait prédominant sur celui de l'âge en particulier, ainsi que celui du

sexe. Elle relève notamment que les données récoltées auprès des ouvriers actuels de l'entreprise ne sont pas fiables et sont tronquées. Cette première critique ne résiste pas à l'examen, car si l'expertise relativise en effet les diagnostics mentionnés par les ouvriers interrogés, elle relève que les symptômes sont clairement identifiés. Au demeurant, une analyse de l'âge et de l'ancienneté des ouvriers démontre que le facteur ancienneté est prédominant. Surtout, tant l'étude d'ERGORAMA que l'étude statistique de M.

LA_____ confirment de façon claire que l'ancienneté, donc la durée d'exposition au facteur de risque professionnel, est le facteur déterminant pour la survenance de TMS. Finalement, les études qui comparent des populations de cols bleus et de cols blancs démontrent aussi la prédominance de ce facteur, compte tenu du nombre élevé de TMS, à âge égal chez les premiers par rapport aux seconds. D'autres études relèvent une réduction des cas après un pic de SCC désormais fixé entre 40 et 55 ans, ce qui peut s'expliquer par un changement d'activité ou une retraite alors que l'âge ne va qu'en augmentant. S'agissant du sexe, l'experte explique que les femmes sont plus soumises à des activités professionnelles répétitives, ce qui est un facteur causal prépondérant, alors que les hommes exercent des tâches plus dynamiques. De plus, l'aspect hormonal, qui intervient vers 50 ans, rejoint la période suivant une longue durée d'exposition. Finalement, les femmes cumulent un travail répétitif et des tâches ménagères. L'analyse de la situation actuelle de l'entreprise, qui indique que les hommes, désormais aussi assignés aux tâches répétitives et astreignantes, souffrent aussi de TMS confirme la prédominance de la durée d'exposition sur le sexe. Sur ce point également, les conclusions de l'experte ne sont pas isolées mais partagées par d'autres spécialistes, elles sont convaincantes et ne sont pas sérieusement remises en question par l'avis du Dr G_____.

A/1418/2010 - 40/41 -

E. 8.4

L'intimée fait valoir en troisième lieu que le temps de latence de 24 ans entre le début de l'exposition et la survenue des TMS est incohérent. D'une part, l'experte relève que la littérature admet qu'il peut être de quelques mois à quelques années, de sorte que l'étude isolée concernant des bouchers ne remet pas en cause ces conclusions. D'autre part, l'assurée a interrompu son activité dans l'entreprise de 1982 à 1988 et elle a ressenti les premiers symptômes des TMS en 1992 déjà, soit 4 ans après la reprise et à une période d'intensification de l'activité, d'une difficulté accrue concernant la qualité des cuirs et de la cadence. Finalement, comme le facteur de la durée d'exposition est déterminant, il n'est pas étonnant que 22 ans d'exposition expliquent le TMS. Cet aspect des conclusions de l'expertise emporte aussi la conviction de la Cour.

E. 8.5

Finalement, l'intimée ne remet pas en cause l'expertise s'agissant de l'épicondylite et le kyste, sous réserve des critiques susmentionnées qui ont été écartées. Il en va de même du taux de prévalence dans l'entreprise. Il n'y a donc pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire, selon laquelle il est donc établi que le lien de causalité entre l'activité professionnelle et le SCC est prépondérant et que celui entre l'activité professionnelle et l'épicondylite ainsi que le kyste est nettement prépondérant. En conséquence, il s'agit de maladies professionnelles au sens de l'art. 9 al. 1 et 2 LAA.

E. 9

Le recours est donc admis, la décision sur opposition du 15 mars 2010 est annulée, car il est établi que les affections dont souffre l'assurée relèvent de la maladie professionnelle. La cause est renvoyée à l'intimée afin qu'elle statue sur l'étendue des prestations dues à l'assurée au titre de la maladie professionnelle. L'assurée, représentée par un mandataire, obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui est allouée, eu égard au nombre d'écritures et leur pertinence, d'audiences et à la complexité de l'affaire. Par contre, la caisse-maladie agit en personne et ne peut donc pas prétendre à des dépens.

A/1418/2010 - 41/41 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.