

Par arrêt du 15 septembre 2014 (8C\_585/2013), le Tribunal fédéral a rejeté le recours en matière de droit public interjeté par X\_\_\_\_\_ contre ce jugement.

S2 12 75

## **JUGEMENT DU 24 JUIN 2013**

### **Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Pierre Zufferey et Thomas Brunner, juges ; Mireille Allegro, greffière

#### **en la cause**

X\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Maître A\_\_\_\_\_

#### **contre**

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),**  
intimée, représentés par Maître B\_\_\_\_\_

(maladie professionnelle ; art. 9 al. 2 LAA)

recours contre la décision sur opposition de la CNA du 13 juillet 2012

## Faits

**A.** X\_\_\_\_\_, né en 1973, travaillait comme maçon pour l'entreprise C\_\_\_\_\_, à D\_\_\_\_\_. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

Le 25 octobre 2010, il a annoncé s'être tordu le bras droit en déchargeant sa caisse à outils du véhicule et être en incapacité de travail totale depuis lors.

Le 3 novembre 2010, une IRM du coude droit a été réalisée, mettant en évidence une importante chondrolyse de l'ensemble de l'articulation du coude et une synovite nette sous forme d'épanchement articulaire, épaissement et rehaussement synovial. A l'IRM de l'épaule droite du 17 novembre 2010, une rupture pratiquement complète du tendon du sus-épineux ainsi qu'une déchirure d'environ 50% des fibres du tendon sous-scapulaire ont été décelées.

Dans son rapport du 16 novembre 2010, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait adressé le patient en urgence au Dr F\_\_\_\_\_ du service de traumatologie du RSV et qu'avec lui, en l'absence de traumatisme net du coude, il avait postulé une lésion dégénérative suite à de multiples microtraumatismes dans l'activité professionnelle.

Consultée, la Dresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main et orthopédie, a posé, le 25 novembre 2010, les diagnostics d'arthrose du coude droit, probablement sur microtraumatismes à répétition (maçon droitier) s'étant décompensée subitement à la suite d'un mouvement pour soulever une caisse lourde, et de rupture du tendon sus-épineux et sous-scapulaire de l'épaule droite.

Par décision du 14 janvier 2011, la CNA a refusé d'allouer des prestations d'assurance à X\_\_\_\_\_, au motif que l'on n'était en présence ni d'un accident ni d'une lésion corporelle assimilée à un accident.

**B.** Le 14 février 2011, l'intéressé s'est opposé à cette décision par l'entremise de M<sup>e</sup> A\_\_\_\_\_. Il a relevé que si ses atteintes au bras ne pouvaient effectivement être qualifiées d'accident ou de lésion assimilée, elles devaient en revanche être qualifiées de maladie professionnelle. Le 23 mars 2011, il a complété son argumentation en produisant deux études scientifiques démontrant une prévalence particulièrement accrue des lésions de la coiffe des rotateurs chez les travailleurs manuels.

Le 13 mai 2011, la CNA a adressé une demande à son médecin d'arrondissement, le Dr H\_\_\_\_\_, afin qu'il se prononce sur l'existence ou non d'une maladie professionnelle au sens de l'article 9 alinéa 1 ou 2 LAA. Le 16 mai suivant, celui-ci a noté qu'il s'agissait d'une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite d'origine dégénérative et a répondu par la négative, sans autre justification.

Par décision sur opposition du 23 mai 2011, la CNA a déclaré l'opposition irrecevable, dans la mesure où les conclusions de l'assuré dépassaient le cadre de la décision querellée, et a renvoyé la cause à l'agence de l'\_\_\_\_\_ pour examiner si les conditions pour l'octroi des prestations d'assurance à titre de maladie professionnelle étaient remplies.

Le 20 juin 2011, X\_\_\_\_\_ a formé recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui l'a rejeté par jugement du 17 février 2012 (S2 11 58).

**C.** Le 14 juin 2011, la CNA a sollicité une appréciation de son centre de compétence à J\_\_\_\_\_. Après avoir repris l'anamnèse de l'assuré et avoir présenté une sélection de l'imagerie médicale, le Dr K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a relevé, dans son rapport du 14 juin 2011, que la présence de corps libres au niveau du coude permettait d'évoquer quatre diagnostics différentiels ; cependant, la fracture ostéochondrale devait être exclue et l'ostéochondrite disséquante ainsi que l'arthrose primitive du coude ne pouvaient pas être formellement posées ; seule demeurait donc envisageable le diagnostic de chondromatose du coude. Selon le spécialiste, l'énigme diagnostique et, partant, l'incertitude étiologique ne permettaient pas de conclure que l'affection du coude dont souffrait l'assuré était d'origine micro-traumatique et ainsi imputable (pour le moins partiellement) à l'activité professionnelle. S'agissant de l'épaule, le Dr K\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de rupture du tendon du sus-épineux et en a ensuite examiné l'étiologie en citant plusieurs auteurs. Selon Luck et Anderson, les symptômes d'une affection sous-jacente existant à l'épaule pouvaient se développer dans un contexte d'activités particulières requérant une surélévation des bras, ce qu'a également retenu une étude du NIOSH. Pour leur part, Halpern et al. ont observé notamment que si jusqu'à 15% des sujets souffraient de troubles de l'épaule durant leur travail, cela ne signifiait pas forcément que celui-ci en était la cause. Quant à Cohen et Williams, ils ont rappelé que différents facteurs étiologiques étaient impliqués dans le développement d'un conflit sous-acromial et d'une tendinite du sus-épineux et que l'activité professionnelle particulière (à savoir impliquant des activités répétitives en élévation du bras entre 60° et 90°) n'était qu'exceptionnellement le facteur étiologique isolé. S'agissant du métier de l'assuré, le Dr K\_\_\_\_\_ a relevé que les activités étaient variables, même si l'on pouvait admettre que parfois elles avaient un caractère répétitif, et qu'elles ne s'effectuaient guère au-dessus du niveau de la tête, de sorte que le risque étiologique était relativement faible au regard de la littérature médicale. Il a ajouté que la cause des tendinopathies de la coiffe des rotateurs était multifactorielle et qu'ainsi, l'activité professionnelle et les microtraumatismes n'en constituaient qu'une des nombreuses facettes, de sorte qu'on ne pouvait en tout cas pas lui imputer toute la charge étiologique lorsqu'une tendinite, voire une rupture de la coiffe des rotateurs était mise en évidence chez un travailleur manuel. Il a noté que Radas et al. avaient conclu, au terme de leur étude, qu'environ 40% des hommes présentant une rupture de la coiffe étaient travailleurs manuels. En définitive, le Dr K\_\_\_\_\_ a considéré que s'il était possible voire probable qu'une activité dans une position astreignante pour le bras puisse assumer un rôle de facteur déclenchant des symptômes de la pathologie sous-jacente siégeant à la coiffe des rotateurs, elle n'était jamais seule en cause.

Sur la base de cette appréciation, par décision du 14 mars 2012, le CNA a rejeté la qualification de maladie professionnelle et refusé d'allouer des prestations.

**D.** Le 16 avril 2012, l'intéressé a formé opposition contre cette décision. Il a contesté l'avis du Dr K\_\_\_\_\_, au motif qu'il était un employé de la CNA et présentait une apparence de partialité, et qu'il était contredit par le Dr E\_\_\_\_\_ et la Dresse G\_\_\_\_\_.

Par décision sur opposition du 13 juillet 2012, la CNA a confirmé sa position, en indiquant qu'elle n'entendait ni auditionner les médecins-traitant ni mettre sur pied une expertise, dès lors qu'elle ne voyait pas de raison de s'écarter de l'analyse fouillée, précise et documentée du Dr K\_\_\_\_\_, tout en précisant que, selon la jurisprudence, les rapports des médecins internes à l'assureur avaient entière valeur probante s'ils étaient concluants, sans contradictions intrinsèques et qu'il n'y avait pas d'indices contre leur bien-fondé.

**E.** X\_\_\_\_\_ a recouru céans le 13 septembre 2012, en mettant, une nouvelle fois, en doute la valeur probante du rapport du Dr K\_\_\_\_\_. A l'appui de son recours, il a produit les commentaires de la Dresse G\_\_\_\_\_ ainsi que du Dr L\_\_\_\_\_ quant à l'appréciation du Dr K\_\_\_\_\_ et a observé que les conclusions de ce dernier n'excluaient pas clairement la possibilité de conclure à l'existence d'une maladie professionnelle. Il a dès lors sollicité la mise en œuvre d'une expertise par un médecin indépendant.

Dans son avis du 27 août 2012, le Dr L\_\_\_\_\_ a suggéré de demander au Dr K\_\_\_\_\_ quelles étaient les autres causes, vu que le patient était très jeune pour avoir une telle pathologie, qu'il était droitier et qu'il n'avait aucune autre activité pouvant expliquer une évolution si rapide. Quant à la Dresse G\_\_\_\_\_, dans son rapport du 4 septembre 2012, elle a relevé, article à l'appui, que si l'étiologie de la chondromatose retenue par le Dr K\_\_\_\_\_ n'était pas claire, elle semblait quand même avoir une origine de traumatismes à répétition. Elle a noté que le Dr K\_\_\_\_\_ ne mentionnait pas l'apparition d'arthrose auprès traumatismes répétitifs chroniques du coude, alors même qu'il s'agissait d'une pathologie très bien connue dans la médecine du sport.

Prenant position le 15 octobre 2012, la CNA a observé que le recourant ne disposait pas d'arguments médicaux pour contrecarrer l'appréciation médicale détaillée et documentée du Dr K\_\_\_\_\_ et a estimé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une expertise dans la mesure où il était établi que l'on ne se trouvait pas dans l'hypothèse d'une maladie professionnelle qui impliquait une lésion due exclusivement ou de manière prépondérante à certains travaux.

Après de brèves réplique et duplique, l'échange d'écriture a été clos.

## **Considérant en droit**

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Posté le 13 septembre 2012, le recours à l'encontre de la décision sur opposition du 13 juillet 2012 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA), devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la cour doit entrer en matière.

2. Le litige porte sur l'existence ou non d'une maladie professionnelle s'agissant des troubles au membre supérieur droit dont souffre le recourant.

**2.1.1** Dans les cas d'affection ne ressortant pas de la liste exhaustive figurant en annexe I à l'OLAA, l'article 9 alinéa 2 OLAA dispose que 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'article 9 alinéa 1 LAA (ATF 116 V 141 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 119 V 201 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 (cf. ATF 116 V 143 consid. 5c ; RAMA 1999 n. U 326 p. 108 sv. consid. 2).

**2.1.2** Consacré à l'article 61 lettre c LPGA, le principe inquisitoire impose au juge de constater les faits d'office, avec la collaboration des parties, et d'administrer les preuves nécessaires (cf. ATF 125 V 193 consid. 2). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). En cas de doute sur le sérieux de l'existence d'un fait, il appartient au juge de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références). L'article 61 lettre c LPGA prévoit également le principe de la libre appréciation des preuves, selon lequel 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) ; 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). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que lorsqu'une décision administrative, rendue dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales 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 œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 ; arrêt 9C\_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1).

**2.2** En l'espèce, les critiques du Dr L\_\_\_\_\_ et de la Dresse G\_\_\_\_\_ des 27 août et 4 septembre 2012 ne sont pas susceptibles, comme on le verra ci-dessous, de remettre en cause l'appréciation du Dr K\_\_\_\_\_, laquelle répond en tous points aux exigences en matière de preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a et 3b/bb). Ainsi, le dossier médical étant suffisamment étayé, il est superflu d'ordonner une nouvelle expertise comme le demande le recourant.

A l'examen de l'IRM du coude droit, le Dr K\_\_\_\_\_ a constaté une arthrose avec formation d'ostéophytes et présence de « corps libres » assez volumineux. Au vu de cette configuration, il a retenu, par élimination, le diagnostic de chondromatose, affection dont l'étiologie et la pathogénèse n'étaient pas totalement éclaircies. Devant l'incertitude du diagnostic et, partant, de l'étiologie, il a conclu qu'il n'était pas possible d'affirmer que l'affection du coude droit était d'origine micro-traumatique et ainsi imputable, pour le moins partiellement, à l'activité professionnelle du recourant. Sur ce point, la Dresse G\_\_\_\_\_ ne remet pas en cause l'analyse du Dr K\_\_\_\_\_, mais remarque que, même si l'étiologie de la chondromatose n'est pas claire, celle-ci semblerait quand même avoir une origine de traumatismes à répétition. Une telle appréciation relève d'une simple hypothèse et ne permet pas de retenir, au degré de vraisemblance prépondérante appliqué dans l'assurance sociale, que l'affection est due exclusivement ou de manière prépondérante à l'activité professionnelle du recourant.

Quant à la rupture du sus-épineux à l'épaule droite, le Dr K\_\_\_\_\_ a relevé que, selon la littérature médicale, son étiologie était multifactorielle. De l'avis de Cohen et Williams, différents facteurs individuels, comme l'âge, l'anatomie particulière de la coiffe des rotateurs, une pathologie préexistante, pouvaient entrer en ligne de compte. En outre, il ressort de l'étude de Radas et al., citée par le spécialiste, qu'environ 40% des hommes présentant une rupture de la coiffe sont travailleurs manuels. En conséquence, il appert que, dans la profession d'ouvrier dans le bâtiment, il n'y a pas de cas d'atteinte quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en générale. De surcroît, force est de constater que la profession du recourant n'implique pas nécessairement de lever continuellement le bras au-dessus de l'épaule. Le recourant ne le soutient d'ailleurs pas. Enfin, rien au dossier ne permet de retenir que l'affection dont le recourant souffre serait exclusivement ou de manière nettement prépondérante la conséquence de l'exercice de son activité professionnelle. Dans son courrier du 27 août 2012, le Dr L\_\_\_\_\_ se contente de demander qu'elles

pourraient être les autres causes dans le cas du recourant, sans se prononcer sur la fréquence des cas de cette affection dans le groupe professionnel auquel appartient ce dernier.

Faute d'une fréquence nettement prépondérante dans la profession en cause, les conditions d'application de l'article 9 alinéa 2 LAA ne sont pas réunies. C'est dès lors à juste titre que l'intimée a refusé d'allouer des prestations à titre de maladie professionnelle.

**3.** Mal fondé, le recours doit être rejeté, sans qu'il soit perçu de frais, ni alloué de dépens (art. 61 let. a et g LPGA).

### **Prononce**

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est communiqué aux parties.

Sion, le 24 juin 2013