RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1231/2004 **ATAS/1078/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

1ère chambre

du 21 décembre 2004

En la cause

Madame C_____, comparant par Me Elisabeth ZIEGLER, avocate en l'Etude de laquelle elle élit domicile — recourante

contre

HELSANA ASSURANCES SA, sise chemin de la Colline à Lausanne. — intimée

---

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Valérie MONTANI et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Madame C_____, née en avril 1944, a été engagée en 1991 en tant que femme de chambre par l'établissement médico-social X_____ et est assurée à ce titre contre les accidents auprès d'HELSANA ASSURANCES SA.

2. Le 19 juin 2002, alors qu'elle était occupée à nettoyer un poste de télévision en hauteur durant son travail, elle a perdu l'équilibre et a chuté sur le côté gauche. Elle a immédiatement interrompu son travail et s'est rendue à la Clinique de Carouge, où la Doctoresse L_____ a rédigé un certificat d'arrêt de travail jusqu'au 30 juin 2002, ainsi qu'un rapport au médecin traitant faisant état d'une probable rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche.

3. Le 2 juillet 2002, le Docteur M_____, médecin traitant, a prolongé l'arrêt de travail pour une durée indéterminée.

4. A la demande du Docteur M_____, le Docteur N_____, radiologue, a réalisé une imagerie par résonance magnétique de l'épaule gauche le 1er juillet 2002, qui a révélé : « status après rupture de la coiffe des rotateurs surtout du sus-épineux avec rétraction tendineuse. Encoche corticale au niveau de la tête humérale dans sa partie postéro-externe. Œdème entre les faisceaux du sous-scapulaire mais qui est suivi tout au long de son trajet. Dystrophie du col huméral » (cf. rapport du 17 juillet 2002).

5. Dans un certificat initial à l'attention de l'assureur-accidents du 7 août 2002, la Doctoresse L_____ a confirmé son diagnostic de probable rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Les constatations radiologiques n'avaient pas montré de lésions osseuses, mais une calcification de la coiffe des rotateurs. Aucune mesure spéciale n'était préconisée si ce n'est une immobilisation et la prise de médicaments anti-inflammatoires.

6. Le Docteur O_____, chirurgien orthopédique, a indiqué à l'assureur-accidents dans un rapport intermédiaire du 18 août 2002 que l'assurée souffrait d'une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche post traumatique. Une révision-suture de la coiffe était prévue le lendemain. Le compte-rendu opératoire indiquait que l'intervention avait consisté en une révision de la coiffe des rotateurs, avec acromioplastie et suture de l'épaule gauche. Une importante déchirure avait pu être mise en évidence avec rétractation du sus-épineux, laissant un défect de la taille d'une pièce de cinq francs.

7. Entre le 10 décembre 2000 et le 15 janvier 2003, l'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation pour une physiothérapie intensive et rééducation de l'épaule gauche après sanction chirurgicale. Les radiographies des épaules du 12 décembre 2002 montraient des troubles dégénératifs du trochiter à gauche.

L'arthro-IRM de l'épaule gauche du 30 décembre 2003 montrait une atrophie modérée de l'ensemble des muscles de la coiffe des rotateurs avec infiltration graisseuse modérée, mais surtout des images compatibles avec une rupture transfixante incomplète du tendon sus-épineux, une rupture intra-tendineuse du sous-épineux, une déchirure partielle avec amincissement du tendon sous-scapulaire. Objectivement et subjectivement, les traitements administrés avaient permis d'améliorer la mobilité, mais la capacité de travail restait nulle à la sortie.

8. A la demande de l'assurance-accidents, le Docteur P_____, chirurgien orthopédique, a réalisé une expertise médicale de l'assurée. Dans le rapport du 1er septembre 2003, l'expert a relevé que des troubles dégénératifs étaient visibles sur toutes les radiographies depuis 1996. Le diagnostic posé a été celui de « perte de substance de la coiffe des rotateurs sur conflit sous-acromial chronique des deux épaules opérées à droite le 18 décembre 1996 avec un bon résultat et à gauche le 19 août 2002 avec un mauvais résultat. Status après contusion bénigne des deux épaules, le 30 septembre 1996 à droite et le 19 juin 2002 à gauche ».

   Le lien de causalité naturelle entre l'état des deux épaules et les accidents de 1996 et 2002 n'était que possible (50 %), mais pas probable pour plusieurs motifs. Tout d'abord, en raison de l'âge de la patiente, les lésions (tendinites ou pertes de substance) de la coiffe des rotateurs étaient beaucoup plus fréquentes que les lésions traumatiques. Ensuite, l'action vulnérante était pour les deux événements totalement inappropriée pour entraîner une lésion significative. Enfin, les radiographies initiales montraient à chaque fois des troubles manifestement dégénératifs chroniques des deux épaules. Ainsi, une lésion ancienne de la coiffe pouvait être mise en évidence. Aucun cliché ne permettait de retenir un élément objectif hautement évocateur d'une rupture traumatique et il existait très nettement un état dégénératif préexistant majeur des deux épaules.

   Les événements de 1996 et 2002 devaient être considérés comme mineurs et n'avaient fait que révéler, et non causer, les lésions anatomiques majeures apparues. En ce sens, malgré ces événements, le statu quo sine avait dû être atteint très rapidement, soit à environ un mois de l'accident. De façon indépendante des deux accidents, les séquelles dégénératives des deux épaules de cette patiente, surtout de l'épaule gauche, étaient probablement stationnaires et n'allaient jamais lui permettre de reprendre un travail de femme de chambre. Théoriquement, on pourrait envisager une reconversion dans une activité professionnelle légère, ce qui paraissait toutefois aléatoire compte tenu de l'âge et des ressources de la patiente, de sorte que l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité était à envisager.

9. Par décision du 7 octobre 2003, l'assureur-accidents a mis un terme au paiement des frais de traitement et de l'indemnité journalière au 31 juillet 2002. La décision était motivée par les conclusions de l'expertise médicale du Docteur P_____.

10. Par courrier du 20 octobre 2003, l'assurée s'est opposée à cette décision.

11. Le 6 novembre 2003, le Docteur O_____ a fait parvenir à l'assureur-accidents un certificat médical dans lequel il indiquait sa stupéfaction de voir avec quelle désinvolture l'expert minimisait l'origine traumatique des troubles de l'assurée. La patiente n'avait jamais souffert de ses deux épaules auparavant.

12. Le 14 novembre 2003, l'assurée a motivé son opposition et conclu à ce que les suites de l'accident soient prises en charge par l'assurance avec suite de dépens. Elle a relevé que le diagnostic posé par l'expert était totalement erroné et a joint à sa détermination un rapport du 11 novembre 2003 du Docteur M_____. Celui-ci indiquait que l'expertise était largement nihiliste, mais reconnaissait qu'il était tout à fait vrai que les articulations et la musculature se modifiaient avec l'âge. Cela n'expliquait pas, selon lui, pour quelle raison l'état de santé de sa patiente n'avait pas nécessité un seul jour d'arrêt de travail jusqu'à cet événement, pas plus que cela n'expliquait le diagnostic opératoire.

    Selon l'assurée, le Docteur P_____ minimisait l'existence des deux accidents et contestait même l'existence d'une rupture de la coiffe des rotateurs, alors que ce diagnostic avait été posé par l'ensemble des médecins l'ayant suivie. Enfin, le premier médecin consulté d'urgence n'avait pas fixé de reprise du travail, mais avait adressé la patiente à son médecin traitant.

13. Le 24 février 2004, à la demande de l'assurance, le Docteur P_____ s'est prononcé sur les arguments de l'opposante et de ses médecins. Le terme « perte de substance » était un terme décrivant une solution de continuité d'une structure anatomique, alors que le terme « rupture » désignait une « perte de substance de nature traumatique ». Dans une imagerie descriptive comme l'IRM ou une intervention chirurgicale, le terme de rupture était souvent abusivement utilisé à la place de celui de perte de substance, dans la mesure où il était dans l'immense majorité des cas absolument impossible de dire sur le seul aspect tendineux si la perte de substance était d'origine traumatique ou non, ce pourquoi des éléments supplémentaires étaient nécessaires. Ainsi, le diagnostic initial ne permettait pas de se déterminer par rapport à la causalité. Le Docteur O_____, en utilisant le terme de « déchirure » émettait une conclusion péremptoire, raison pour laquelle celui de perte de substance avait été utilisé. Au demeurant, il décrivait exactement le même état de fait. L'existence des deux accidents n'était pas contestée. L'existence d'une rupture devait être contestée devant l'insuffisance d'éléments permettant de retenir le lien de causalité comme possible ou probable. Les certificats des Docteur O_____ et M_____ n'amenaient aucun élément nouveau, ni aucune réflexion analytique scientifique neutre.

14. Le 19 mars 2004, l'assurance-accidents a rendu une décision de rejet de l'opposition, se fondant sur les explications complémentaires apportées par l'expert.

15. A la demande de l'assurée, le Docteur O_____ s'est prononcé sur la réponse de l'expert aux questions de l'intimée, dans un rapport du 20 avril 2004. Ce médecin a relevé qu'il existait effectivement des abus de langage sur les termes « perte de substance » et « rupture », mais pas dans le même sens que lui, en ce sens que la conclusion de l'expert sur le fait que le terme « perte de substance » était plus exact n'avait rien de scientifique et traduisait seulement un choix de définitions incorrectes. La recourante avait certainement des éléments dégénératifs dans ses épaules, mais elle n'en souffrait pas avant son accident. Il était donc possible qu'elle ait eu une perte de substance au niveau de son appareil tendineux de la coiffe des rotateurs, mais cette perte n'avait pas entraîné de symptômes. L'accident avait été suffisamment important pour entraîner une véritable déchirure qui était venue aggraver l'impression de perte de substance. Seul un expert neutre et objectif serait capable de trancher sur ce point.

16. Le 11 mai 2004, le Docteur Q_____, généraliste, s'est prononcé sur le cas à la demande de l'assurance perte de gain maladie de l'employeur de l'assurée. Il existait des signes radiologiques compatibles avec des lésions dégénératives dans l'épaule gauche, de même que quelques indices permettant d'envisager un traumatisme d'une certaine importance, en tout cas suffisant pour entraîner des lésions nouvelles et déterminantes sur un appareil ligamentaire dégénérescent. L'IRM du 1er juillet 2002 démontrait un signe (encoche corticale externe de la tête humérale) qui pouvait être celui d'un traumatisme direct. La description des lésions constatées par le Docteur O_____ lors de son opération constituait un élément d'appréciation en faveur de l'importance d'un traumatisme d'une certaine importance. En conclusion, le Docteur Q_____ partait plutôt du principe que l'événement du 19 juin 2002 avait aggravé de façon déterminante l'état dégénératif préexistant. La réponse de l'expert concernant le lien de causalité et le statu quo sine était contestable. L'état pathologique révélé par l'accident du 19 juin 2002 permettait à l'assurée d'avoir un fonctionnement de l'épaule indolore et satisfaisant. En fixant la date du statu quo sine au 31 juillet 2002, soit deux semaines avant l'opération, l'expert pouvait ainsi éluder certaines questions.

17. Par acte posté le 10 juin 2004, l'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant à son annulation et à ce que l'assurance-accidents soit condamnée à prendre en charge les suites de l'accident du 19 juin 2002 postérieurement au 30 juin 2002. Selon l'assurée, l'expertise était en totale contradiction avec les pièces du dossier. L'examen des rapports médicaux et ses commentaires sur l'IRM du Docteur N_____ manquait totalement d'objectivité. L'expert relevait uniquement les points en rapport avec la thèse qu'il entendait démontrer et passait sous silence certaines conclusions claires du radiologue sur le diagnostic. Cela était également valable pour l'IRM effectué le 30 décembre 2002 et les conclusions du Docteur R_____. Par ailleurs, dans le rapport opératoire du Docteur O_____

également, l'expert se contentait de ne relever que certains éléments favorables à la thèse de l'assureur qui l'avait mandaté. Pour le surplus, les Docteurs Q_____ et O_____ s'étaient prononcés récemment sur le cas et tous les médecins, à l'exception de l'expert, admettaient que l'accident avait provoqué une rupture de la coiffe des rotateurs sur un état pathologique préexistant. Aux dires de ces médecins, le rapport de causalité était établi et confinait à la certitude. Le rapport de l'expert manquait donc totalement d'objectivité et ne cherchait qu'à prouver l'absence de tout lien de causalité entre les lésions subies par l'assurée et l'accident.

18. Le 9 juillet 2004, l'intimée s'est prononcée sur le recours et a conclu à son rejet. Elle a rappelé les termes de sa décision sur opposition et expliqué qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur la description de l'accident, telle qu'elle avait été faite par l'expert. Par ailleurs, les appréciations émises par le mandataire de la recourante, non-médecin de surcroît, concernant le contenu de l'expertise et les termes choisis par l'expert n'étaient pas de nature à contredire les constatations de celui-ci, que l'on choisissait en fonction des ses compétences techniques spécifiques. Pour le surplus, l'intimée maintenait sa confiance en l'expert mandaté et aucun élément invoqué ne permettait de mettre en doute le caractère concluant de l'expertise.

19. Par courrier du 28 septembre 2004, la recourante a persisté dans ses conclusions, de sorte que la cause a été gardée à juger par le Tribunal de céans.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

   Par ailleurs, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (ci-après LAA).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), du 6 octobre 2000, est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et a entraîné la modification de nombreuses dispositions dans le domaine de l'assurance-accidents. D'après la jurisprudence, la législation applicable en cas de changement de règles de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, les faits sur lesquels le Tribunal fédéral des assurances peut être amené à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours de droit administratif étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2, 398 consid. 1.1 et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   En l'espèce, les faits juridiquement déterminants se sont déroulés en 2002, année de l'accident, par conséquent les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (ci-après : LAA) et de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (ci-après : OLAA) s'appliqueront dans leur teneur au 31 décembre 2002. En revanche, les dispositions de la LPGA en matière de procédure s'appliquent à tous les cas dès son entrée en vigueur.

3. En ce qui concerne le délai de recours, l'art. 60 LPGA prévoit que le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. L'art. 106 LAA prévoit cependant qu'en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable.

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'assurance de l'intimée. Il s'agit, singulièrement, de déterminer s'il subsiste au-delà du 31 juillet 2002 un rapport de causalité entre les troubles dont elle se plaint et l'accident du 19 juin 2002.

5. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire. Par ailleurs, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, certaines lésions corporelles, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire. Il en va ainsi notamment des déchirures de muscles, des déchirures de tendons et des lésions de ligaments (art. 9 OLAA).

L’assureur accident ne répond des atteintes à la santé que lorsqu’elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l’événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337). Dans l'éventualité où le lien de causalité naturelle n'a pas été prouvé, il est alors superflu d'examiner s'il existe un rapport de causalité adéquate (ATF 119 V 335 consid. 4c p. 346).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose donc d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 et les références).

La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat apparaissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 123 III 110 consid. 3a p. 112; 122 V 415 consid. 2a p. 416; 121 V 45 consid. 3a p. 49; 119 V 401 consid. 4a p. 406 et les références).

Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (ATFA non publié du 7 juillet 2004 en la cause U 179/03 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

Le TFA a précisé sa jurisprudence relative à la prise en charge, par l'assurance-accidents, des ruptures et déchirures de la coiffe des rotateurs de l'épaule (cf. ATF 123 V 43). Il a considéré que la pratique de la SUVA - consistant à ne prendre en charge les suites d'une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule qu'en présence d'un facteur extérieur extraordinaire - péchait contre la lettre et l'esprit de l'art. 9 al. 2 OLAA. En effet, la notion de «lésions assimilées à un accident», au sens de la disposition réglementaire précitée, n'a pas pour but d'exclure du champ d'application de la LAA les atteintes corporelles résultant de maladies ou de processus dégénératifs, mais plutôt d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction que le droit fédéral opère entre la maladie et l'accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie.

Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement accidentel soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, lorsque celle-ci est causée ou aggravée par un événement accidentel. Par ailleurs, les lésions évoquées à l'art. 9 al. 2 OLAA, let. a à h, doivent avoir eu une cause extérieure (un facteur déclenchant), sans laquelle on ne saurait parler d'une atteinte assimilée à un accident. Une rupture (ou une déchirure), totale ou partielle, de la coiffe des rotateurs de l'épaule constitue une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA. Elle est assimilée à un accident, même si elle n'a pas été causée par un facteur extérieur de caractère extraordinaire (ATFA non publié du 8 juin 2001 en la cause U 496/00 ; ATF 123 V 44-45 consid. 2b et les références).

En relation avec les prestations dont la recourante prétend au versement (prestations pour soins, remboursement de frais et indemnités journalières), il convient d'ajouter qu'en vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, ces dernières ne sont pas réduites lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident assuré. En effet, la jurisprudence a souligné à cet égard (ATFA non publié du 9 juillet 2002 en la cause U 157/01) que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (status quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (status quo sine) (cf. RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469 nos 3 et 4; Debrunner / Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1990, p. 52; Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093).

6. 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 para 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 de l'expert 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 352 consid. 3 a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

   Le TFA a déclaré qu'en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peuvent constituer des raisons de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 consid. 1b p. 290; 112 V 30 consid. 1a p. 32 et les références; RAMA 1990 p. 187).

7. En l'espèce, l'intimée a admis et reconnu l'événement du 19 juin 2002 comme un accident à juste titre compte tenu de ce qui précède. Elle a ainsi pris en charge ses conséquences, mais durant un temps limité, soit jusqu'au 31 juillet 2002. Au-delà de cette date, se basant sur l'expertise du Docteur P_____, elle a considéré que le statu quo ante avait été retrouvé et a supprimé tout droit aux prestations. Or, à la lecture de l'ensemble du dossier, les conclusions du Docteur P_____ semblent contradictoires, dans la mesure où il a clairement admis que les lésions de la coiffe des rotateurs subies par l'assurée étaient dues à sa chute, tout en retenant que le statu quo ante avait été retrouvé peu de temps après l'événement (un mois), et cela alors que l'assurée devait subir une opération quelques jours plus tard et qu'elle avait vu son incapacité de travail constamment prolongée. Même s'il est établi en l'espèce qu'il existait effectivement un état dégénératif préexistant, il paraît insoutenable de conclure que sans l'événement du 19 juin 2002, l'assurée aurait en tout état de cause dû subir une opération dans les jours qui ont suivi, ce que reviennent à dire les conclusions de l'expert par la fixation du statu quo ante au 31 juillet 2002.

   En ce sens, les conclusions de l'expertise du Docteur P_____, contradictoires, ne sauraient se voir accorder pleine valeur probante. Aucun

médecin consulté dans le cadre de la présente procédure n'a nié l'existence du lien de cause à effet entre l'accident du 19 juin 2002 et les lésions à la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Il semble dès lors surprenant que l'intimée, sur la seule base des conclusions de l'expert, ait fixé un statu quo ante au 31 juillet 2002 alors qu'aucun motif probant ne le justifie. A noter que la durée initiale de l'arrêt de travail telle qu'elle avait été fixée par le médecin urgentiste ne saurait être déterminante sur la question de la fixation du statu quo sine, dans la mesure où cet arrêt de travail volontairement court avait pour but de permettre au médecin traitant de prendre le cas en charge. Par ailleurs, le conflit terminologique entre médecins sur les termes adéquats à utiliser dans le cas d'espèce n'est d'aucune utilité pour déterminer la prise en charge des soins, dès lors que ces médecins sont d'accord que l'utilisation des termes « perte de substance » ou « rupture de la coiffe » touchent un état de fait identique et qu'en l'espèce cet état est dû à l'événement accidentel du 19 juin 2002.

Dans un cas similaire (ATFA non publié du 8 juin 2001 en la cause U 496/00), le TFA a déclaré qu'il paraissait contradictoire d'une part de constater que les lésions de la coiffe des rotateurs étaient consécutives à une chute et, d'autre part, de nier l'existence d'un lien de causalité naturelle entre cet événement et ces lésions. Ainsi, dans la mesure où l'on devait admettre que l'événement accidentel était au moins en partie à l'origine de l'atteinte à la santé et la causalité adéquate était par ailleurs indiscutable (cf. ATF 117 V 365), il s'ensuivait que la responsabilité de l'intimée était établie pour les suites des lésions que la recourante a subies à la coiffe des rotateurs de l'épaule. Cela restait valable alors même que l'on savait que l'expérience médicale avait démontré que les lésions de la coiffe des rotateurs était pratiquement toujours l'aboutissement d'un processus dégénératif qui, à la suite d'une occurrence fortuite, devenait dégénératif.

8. Au bénéfice de ce qui précède, il y a lieu de retenir que l'assurée avait droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 1er août 2002. Pour ce motif, la cause doit être renvoyée à l'intimée afin qu'elle statue à nouveau sur les prestations auxquelles la recourante pouvait prétendre suite à son accident du 19 juin 2002.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Annule la décision litigieuse.

4. Renvoie la cause à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants.

5. Condamne l'intimée à verser à la recourante la somme de 1'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière : La Présidente :

Marie-Louise QUELOZ Doris WANGELER

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe